Nr 1 Kraków, 4. stycznia 1908 Rok XLVII.

Redakcya: ulica Wielopole 4. Telefon 93.
Administracya: ul. Podwale 9. Telefon 362.
Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz ponoszą autorowie w połowie.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO
I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH,
ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO
WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 4½ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal., numer podwójnej objętości 1 kor.

Do dzisiejszego nru załącza się prospekt p. t.: „Sanatoryum Dra Bindera „Stefanie“ w Meranie“.

Rok XLVII. Kraków, dnia 4 stycznia 1908. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jag. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

Szczepienie Pirquetowskie tuberkuliny i odczyn spojówkowy Calmettea.

Podał
Dr Witold Skórczewski.

W berlińskiem Towarzystwie lekarskiem w dniach 8 i 15 maja zeszłego roku podał C. Pirquet nowy sposób rozpoznawania gruźlicy zapomocą szczepienia kropli 25% roztworu starej tuberkuliny Kocha na rankę szczepienną. Opierając się na wyniku szczepień u około 500 dzieci wypowiedział on zapatrywanie, że obrzmienie i zaczerwienienie miejsca szczepionego pojawia się jedynie u dzieci gruźliczych. Tylko u dzieci w późnych okresach gruźlicy, wyniszczonych, charłaczych lub też w przebiegu gruźliczego zapalenia opon mózgowych odczynu nie było. Spostrzegł Pirquet dalej, że wraz z wiekiem odczyn dodatni bywa coraz częstszym i tłomaczy to częstością zakażenia gruźliczego. Znaczenie rozpoznawcze odczynu przypisuje tylko szczepieniu u dzieci, szczepieniu u dorosłych wybitnego znaczenia nie przypisuje, wypowiada jedynie przypuszczenie, że dokładne poznanie odczynu, jego sposobu przebiegania może i tutaj nasunąć odpowiednie wskazówki. Prawie równocześnie ogłosił w tygodniku lekarskim wiedeńskim (Nr. 28, 1907) statystykę 700 szczepień u 360 dzieci (zob. tablicę).

Niemal współcześnie G. Calmette, lekarz francuski (Presse médic. Nr. 49. 1907), polecił wkraplania do worka spojówkowego 1% roztworu tuberkuliny, pozbawionej gliceryny. U ludzi chorych na gruźlicę występować ma potem nastrzykanie spojówki powiekowej, załamka, a nawet gałkowej, obrzmienie jej, łzawienie, skąpy wysięk surowiczo-włóknikowy. Równocześnie w Nr 33 »Clinique« zwraca Calmette uwagę na wartość swego odczynu przy rozstrzygnięciu zagadnienia dziedziczności gruźlicy, a Nr 56 »Presse médic.« dodaje do skąpej liczby 25 spostrzeżeń pierwotnych, cały szereg spostrzeżeń lekarzy francuskich, które podtrzymują w całej pełni wartość odczynu spojówkowego.

Mimo krótkiego czasu oba odczyny, a w szczególności podany przez Calmettea, mają już wcale pokaźne piśmiennictwo. I tak odczyn spojówkowy stosowali u większej liczby chorych i wyniki ogłosili Letulle (»Presse médic.« 53), Comby (»Presse médic.« 64), Lessier i Challier (»Presse médic« 98), Prouff (»Gaz. d'hôpit.« 89, ref. »D. Med. Wochen.«), Schenk i Seiffert (»Münch. Med. Wochen.« 46), Francke (»Deut. Med. Wochen.« 48), Köhler (»Deut. Med. Wochen.« 50), Citron (»Berl. Klin. Wochen.« Nr 33), Cohn (»Berl. Klin. Wochen.« 47), Eppenstein (»Med. Klin.« 36), Masenti (»Riform. medic.« 46, ref. »D. Med. Wochen«), Salvolini (»Riform. medic.« 42, ref. »D. Med. Wochen«), Bing (»Hospitalstid.« 45, ref. »D. Med. Wochen.«), z Polaków K. Rzętkowski i B. Dębiński (»Gaz. lek.« 1907, 46). Wszyscy ci autorowie, prócz Binga, uważają odczyn spojówkowy za bardzo dobry sposób rozpoznawczy w gruźlicy, zupełnie nie niebezpieczny, przebiegający miejscowo, bez odczynu ogólnego.

Znacznie mniejsze piśmiennictwo posiada dotychczas odczyn skórny Pirqueta. Bandler i Kreibich (»Deut. Med. Wochen.« 40), Engel i Bauer (»Berl. Klin. Wochen.« 37), Duker (»Tijdsch. voor Genesk.« 12, ref. »D. Med. Wochen.«), z Polaków Kramsztyk (»Medycyna« 1907, 47—48) opierają się na zbyt małej ilości spostrzeżeń. Moro i Doganow spostrzegali po wykonaniu szczepień Pirqueta u zołzowych dzieci występowanie pryszczykowego zapalenia rogówki.

Oba odczyny stosował Hirschler (»Wien. Medic. Presse« 40), Massalongo (»Riform. medic.« 47, ref. »D. Med. Wochen.«). Massalongo wypowiada zdanie, że mają one mniejsze znaczenie rozpoznawcze, niż wstrzykiwanie tuberkuliny. W ostatnim również czasie Lenhartz na posiedzeniu Związku lekarzy w Hamburgu zestawił 111 przypadków równoczesnego stosowania obu odczynów. Wstrzykiwania tuberkulinowe u chorych, u których były odczyny dodatnie, dawały również dodatnie wyniki. U 15 chorych, leczonych tuberkuliną, odczyny wypadały słabiej, albo ujemnie.

Odczyn dodatni po szczepieniu, jak również odczyn spojówkowy i wstrzykiwanie tuberkuliny opiera się według Pirqueta (»Wien. Med. Presse« 48) na zasadzie t. zw. odczynu szczepiennego wczesnego (vaccinale Fruhreaction) i świadczy o obecności antytuberkuliny w ustroju szczepionym. Citron (»Berl. Klin. Wochen.« 36) przypuszcza, iż bakterye gruźlicze, wydzielając łączące się z receptorami komórek ustroju produkta przemiany materyi, wytwarzają swoistą nadczułość komórek wobec tuberkuliny. Po wprowadzeniu jej do ustroju tworzą się obfite niweczniki, wywołujące swą chemotaktyczną własnością sprawę fagocytozy

i otoczenie ogniska gruźliczego przez ciałka białe (Ummantelung).

Z polecenia mego szefa, Prof. W. Jaworskiego, zacząłem stosować szczepienia skórne, jakoteż odczyn spojówkowy na materyale kliniki lekarskiej U. J. Szczepienia skórne wykonywałem według podań Pirqueta 25% rozczynem starej tuberkuliny Kocha w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Do szczepień używałem przytępionego obosiecznego lancetu, którym zadawałem przez skręcenie nieznaczną rankę (ekskoryacyę).

Ranek takich robiłem na ramieniu chorego trzy, na dwie dolne wprowadzałem rozczyn tuberkuliny, górną pozostawiałem jako kontrolną. Odczyn zauważyć można czasem już po 6 godzinach, po 24 godzinach jest wyraźny, a po 48 godzinach dochodzi do szczytu. Polega on na bądź bardziej rozlanym, bądź ograniczonym obrzęku w miejscu szczepienia. W środku miejsca szczepienia zauważyć można guzek, nieraz blady i wyniosły, rzadko tylko dochodzi do wytworzenia się wybitnych pęcherzyków, wypełnionych treścią płynną, nieco żółtawą, przezroczystą. Zwykle już po 48, 72 godzinach obrzęk się zmniejsza, zaczerwienienie utrzymuje się dłużej, a kiedy zginie, pozostaje przez kilka tygodni plama barwikowa. Objawów ogólnych, wzniesienia się ciepłoty, zapaleń rogówki, nie zauważyłem nigdy. Niewielu chorych z wybitnym odczynem skarżyło się na swędzenie miejsc szczepionych, u jednego chorego zauważyłem nieznaczne powiększenie i bolesność gruczołu w pasze. Oceniając odczyn, rozważałem zarówno natężenie odczynu, jak i jego wielkość, i tak odczyny, których wielkość przenosiła 2 cm. w średnicy (ranka szczepienna = 2 mm.) uważałem za bardzo wybitne, powyżej 1 cm. za wybitne, dodatnie około 1 cm.; ślady odczynów zaliczam do wyników ujemnych.

Równocześnie u większej połowy chorych wkraplałem do worka spojówkowego 1% rozczyn dawnej tuberkuliny Kocha w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej lub też wyrabianą przez zakład Pasteurowski w Lille »Tuberkulinum-Test«. Odczyn zjawiał się czasem już po 4 godzinach, po 10 bywał zwykle wyraźnym, a po 24—48 godzinach dochodził do szczytu natężenia. Polegał on na obrzmieniu i nastrzykaniu spojówki powiek, załamka, w razie wybitnego odczynu i gałki, na obrzmieniu i zaczerwienieniu mięska, na skąpym zazwyczaj wysięku surowiczo-włóknikowym. Chorzy skarżą się na mierny ból i łzawienie. U kilku chorych spostrzegłem drobne podspojówkowe wybroczyny.

Wykonałem szczepień skórnych tuberkuliny 119 u 100 chorych. Z 55 wyników dodatnich, 6 było bardzo wybitnych, 8 wybitnych, z 45 ujemnych 6 było słabych. U 12 chorych, klinicznie gruźliczych, 11 razy otrzymałem wynik dodatni, raz ujemny, u 5 podejrzanych o gruźlicę wynik dodatni. U 83 niegruźliczych 41 odczynów dodatnich, 42 odczynów ujemnych. Odczyny u chorych gruźliczych były znacznie wybitniejsze, niż u niegruźliczych.

U 60 chorych stosowałem równocześnie wkraplania spojówkowe Calmettea. Na 17 odczynów dodatnich, 3 razy odczyn był bardzo wybitny, 4 razy wybitny, na 43 odczyny ujemne 4 razy odczyn słaby. Na 9 chorych, klinicznie gruźliczych, 8 razy odczyn był dodatni, u 9-tego ujemny, jednak chory ten był leczony tuberkulolem; u trzech podejrzanych o gruźlicę wynik był dodatni, z tych jeden słabo dodatni, u klinicznie nie gruźliczych 7 razy odczyn wypadł dodatnio, 41 razy odczynu nie było. Również i tutaj odczyn u gruźliczych bywał znacznie wybitniejszym, niż u nie gruźliczych.

Porównując oba odczyny u klinicznie niegruźliczych otrzymałem wyniki oba dodatnie u 5 chorych, oba ujemne u 22 chorych, szczepienie skórne dodatnie, a spojówkowe ujemne u 13 chorych, szczepienie skórne ujemne, a spojówkowe dodatnie u 3 chorych.

Wbrew podaniu Cohna u 2 chorych na dur brzuszny odczyn Calmettea był ujemny, odczyn Pirqueta u jednego dodatni, u drugiego ujemny. U 2 chorych sekcyonowanych, u których szczepienie Pirqueta nie dawało odczynu, sekcya nie stwierdziła zmian gruźliczych.

Statystykę dotychczas ogłoszonych, a mnie dostępnych wyników podaję na załączonej tablicy:

Autor	Liczba chorych	Rodzaj odczynu	% dodatnich wyników		
			u gruźliczych	u podejrzanych	u niegruźliczych
Citron	90	spojówkowy	80·64	80	2·2
Eppenstein		„	72·35	40	
Schenk	100	„	78·57	30	5·77
Lessier i Chalier	185	„	80	50	16
Francke	24	„	100		22
Lenhartz	111	„	80	36	36
Köhler	175	„	95	nie podaje	nie podaje
Kliniczne szczepienia	60	„	88·8	66·6	14·56
Pirquet	360	skórny u dzieci	86	16	nie podaje
Bandler i Kreibich	63	skórny nierozcieńczoną tuberkuliną	84		33
Lenhartz	111	skórny	75	36	45
Kliniczne szczepienia	100	„	89·6	100	50·4

Materyał, którym rozporządzałem, był zbyt mały, aby wydać jakikolwiek sąd o obu metodach. Sąd taki możnaby wydać jedynie na podstawie wielkiego materyału sekcyjnego. Stwierdzić jedynie mogłem, że wynik szczepienia Pirqueta u chorych, klinicznie nie gruźliczych, częściej bywa dodatni, niż odczyn spojówkowy Calmettea; na zmiany gruźlicze, klinicznie stwierdzane, zdają się oba sposoby być jednakowo czułe. Prócz tego zauważyć należy (tak, jak to wielokrotnie podnoszono), iż chociaż odczyn spojówkowy ma tę wyższość nad szczepieniem skórnem, że nie potrzebujemy używać przy nim lancetu, to jednak bywa on niejednokrotnie dla chorych przykrzejszy z po-

wodu bólu i łzawienia, a również nie możemy ściśle określić jego wielkości, ale jedynie natężenie; wreszcie często trudno go wykonać przy przewlekłym nieżycie spojówek.

Panu Prof. Jaworskiemu dziękuję za zachętę i za wskazówki podczas pracy.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Spostrzeżenia o wartości rozpoznawczej tuberkuliny, szczepionej na skórze i wkraplanej do worka spojówkowego.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

Do sprawozdań o zastosowaniu tuberkuliny w celach rozpoznawczych przybyło w ostatnich czasach kilka nowych, zajmujących się występowaniem odczynu na skórze po zaszczepieniu jadów gruźliczych, oraz na spojówce oka po wkropleniu ich do worka spojówkowego. Pierwszą wzmiankę o odczynie skórnym uczynił na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego berlińskiego w d. 15 maja 1907 r. lekarz wiedeński v. Pirquet[1]), podając, że we wszystkich tych przypadkach, w których istniały kliniczne znamiona gruźlicy, powstawał zawsze odczyn, o ile gruźlica nie przebiegała pod ostrą postacią, lub o ile u chorego dziecka nie było objawów wyraźnej chery. W liczbach odsetkowych wypadał wynik dodatni bardzo korzystnie, bo na 100 szczepień stwierdzano odczyn 88 razy. Odnosiło się to do dzieci zupełnie małych. U dzieci starszych widywał v. Pirquet odczyn skórny także i w takich przypadkach, w których na podstawie badania klinicznego nie można było rozpoznawać gruźlicy. Liczba ich była stosunkowo dość znaczna, bo wynosiła 16%.

Już w następnym miesiącu, t. j. w czerwcu, mówił w paryskiej akademii umiejętności Vallée[2]) o doświadczeniach swoich, wykonywanych na zwierzętach w celu stwierdzenia sprawozdania v. Pirqueta. Wyniki ich, zupełnie między sobą zgodne, przemawiają korzystnie o wartości rozpoznawczej szczepień tuberkuliny na skórze: U zwierząt, zakażonych gruźlicą, powstawał zawsze bardzo wyraźny odczyn, u zwierząt zdrowych nie spostrzegano go nigdy.

Postępując dalej w swoich badaniach, zgromadził v. Pirquet bardzo poważny materyał, obejmujący 988 spostrzeżeń i zdał z nich sprawę w sekcyi chorób dzieci na zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w odczycie p. t.: »O rozpoznawczem zużytkowaniu allergii« [3]). Mógł już wtedy nietylko bardziej stanowczo mówić o wartości rozpoznawczej swych badań, ale nadto porównać wyniki szczepień tuberkuliny z wynikami wkraplań słabszych rozczynów tego przetworu do oka, poleconych przez Wolf-Eisnera, a potem przez Calmettea[4]). Oceniając te dwa sposoby, oświadczył się stanowczo za szczepieniem, jako za sposobem pewniejszym.

O wartości rozpoznawczej szczepień skórnych wypowiedzieli już bardzo wcześnie swe zdanie Bagińsky i Moser.

Pierwszy[5]) z nich przyznaje, że odczyn występuje istotnie nader rychło po zaszczepieniu dzieci gruźliczych i jest bardzo wyraźny. Mimo to nie może wyniku ujemnego uważać za dowód braku gruźlicy, gdyż widział przypadek, w którym po wstrzykiwaniach tuberkuliny występował bardzo wyraźny ogólny odczyn, a po szczepieniu nie było żadnej zmiany na skórze. Zdanie Bagińskyego, jakkolwiek ze wszechmiar zasługuje na uwagę, nie może z tego powodu mieć rozstrzygającego znaczenia, że opiera się na skąpym materyale.

Ważniejszem jest sprawozdanie Mosera[6]) na posiedzeniu Towarzystwa medycyny wewnętrznej i chorób dzieci w Wiedniu. Opierało się ono na spostrzeżeniach, poczynionych w 120 przypadkach, z których 28 było przedmiotem badania pośmiertnego. W 17 z nich nie uzyskano za życia odczynu skórnego, natomiast sekcya wykryła w 3 zmiany gruźlicze. Były to wszakże przypadki z wybitną cherą.

Równocześnie z przytoczonemi powyżej sprawozdaniami, które bądź co bądź przemawiają korzystnie o wartości rozpoznawczej sposobu v. Pirqueta, odzywały się głosy niekorzystne. Najpoważniejszym z nich jest oświadczenie Arloinga[7]) z Lyonu, wypowiedziane na jednem z czerwcowych posiedzeń Towarzystwa biologicznego w Paryżu. Stanął on w zupełnej sprzeczności z Valléem, podając, że u zwierząt jest odczyn skórny zjawiskiem co do wyrazistości niestałem, a nadto, że występuje zarówno u zdrowych, jak i u chorych zwierząt Wobec tego odmówić mu trzeba znaczenia rozpoznawczego, Prawie zupełnie tak samo wyrażali się Defour i Sicard[8]) na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy szpitalnych w Paryżu.

Skutkiem różnych zdań, odzywających się o tej sprawie, potrzebne są niewątpliwie jeszcze dalsze badania, nie ograniczające się do spostrzeżeń u dzieci i doświadczeń, czynionych na zwierzętach, ale obejmujące, o ile możności, jak największy materyał kliniczny. Prac takich jest dotychczas nie wiele. W dostępnem mi piśmiennictwie spotkałem zaledwo kilka z tych, które zasługują na większą uwagę.

Pierwsza z nich Citrona[9]) z Berlina opiera się na 90 spostrzeżeniach. Wśród nich było 31 przypadków niewątpliwej gruźlicy, 14 podejrzanych o gruźlicę, 45 innych chorób. U chorych, należących do pierwszej grupy, wystąpił odczyn 26 razy, u osób z trzeciej grupy 11 razy, u osób z drugiej grupy raz.

Drugie sprawozdanie, ogłoszone przez Frankego[10]) z Hamburga, streszcza własne spostrzeżenia autora w przypadkach chorób ócz, a oprócz tego podaje wiadomość o wynikach badań, wykonywanych na chorych oddziału chorób wewnętrznych Dra Ratiena w szpitalu Maryi w Hamburgu. Obejmuje ono 36 przypadków. Wśród nich było 24 spostrzeżeń u osób chorych na oczy, a 12 przypadków pochodziło z oddziału wspomnianego szpitala. U wszystkich

[1]) Pirquet: Deutsche med. Wochschft 1907, Nr. 22, str. 905.
[2]) Vallée: Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr 32, str. 1320.
[3]) v. Pirquet: Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr 40, str. 1668.
[4]) Calmette; Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr 32, str. 1320.
[5]) Bagińsky: Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr 22, str. 905.
[6]) Moser: Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr. 45, str. 1888.
[7]) Arloing: Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr. 32, str. 1320.
[8]) Defour i Sicard; Ibidem.
[9]) Citron: Berl. klin. Wochschr. 1907, Nr. 33.
[10]) Franke: Deutsche med. Wochschr. 1907, Nr. 48, str. 1983.

polegało badanie na śledzeniu odczynu spojówkowego. Odczyn wyraźny występował u osób, należących do pierwszej grupy, w 10 przypadkach. W 6 z nich rozpoznawał Franke choroby ócz pochodzenia zołzowego, względnie gruźliczego (»es handelte sich dabei um 6 Patienten mit ausgesprochenen tuberkulösen respektive skrofulösen Augenerkrankungen«); u reszty, t. j. u 4 osób, nie mógł Franke wykryć zmian, któreby nakazywały przypuszczać gruźlicę. Z 12 chorych szpitalnych oddziaływało 10. W żadnym z badanych przypadków nie wykryto swoistych laseczników gruźlicy.

Trzecia większa praca, sprawozdanie Epsteina[11]), opierające się na badaniu 226 chorych, nie było dla mnie dostępne w oryginale. Wobec tego nie mogę streścić wyników, uzyskanych przez tego autora. Zaznaczę tylko, że nie były dla oceniania samego sposobu badania niekorzystne.

Poważnym materyałem z oddziału A. Frankla w berlińskim szpitalu Urbana rozporządzał Z. Cohn[12]), przeprowadzając badania odczynu spojówkowego po wkropleniu 1% rozczynu tuberkuliny. Na rodzaj chorych i wyniki doświadczeń daje pogląd zestawienie, przytoczone według oryginału:

Osób gruźliczych 86. Wynik dodatni u 60, ujemny u 26.

Osób podejrzanych 32. Wynik dodatni u 23, ujemny u 8, wątpliwy u 2.

Osób niegruźliczych 192. Wynik dodatni u 10, ujemny u 178.

Streszczając swoje spostrzeżenia, wysnuwa Cohn ostateczne wnioski w formie oględnej w następujący sposób: 1) Wynik dodatni po wkropleniu tuberkuliny do worka spojówkowego przemawia z wielkiem prawdopodobieństwem za obecnością gruźlicy. 2) Wynik ujemny nie wyłącza stanowczo gruźlicy, gdyż mniej więcej w połowie przypadków ciężkiej postaci tej choroby nie można otrzymać odczynu. 3) Chorzy na dur odznaczają się, zwłaszcza podczas zdrowienia, wielką wrażliwością na działanie tuberkuliny. 4) U osób niegruźliczych powstaje po wkropleniu w tem samem oku wrażliwość wygórowana, u osób gruźliczych nader często także w drugiem. 5) Wstrzykiwania tuberkuliny, wykonane w pewien czas po wkropleniu, wzniecają na nowo miejscowy odczyn spojówkowy, lub też wywołują go, jeśli pierwotne wkropienie nie wywołało odczynu.

Gdybyśmy na podstawie ogłoszonych dotychczas wyników badań wyrobić sobie chcieli jasne pojęcie o rozpoznawczej wartości miejscowego odczynu, zjawiającego się po zastosowaniu tuberkuliny, to istotnie trudnoby było o sąd zupełnie stanowczy. Odnosimy tylko wrażenie, że nowy sposób badania ma pewne zalety, że wyróść z niego mogą istotne korzyści, ale wrażenia tego nie możemy jeszcze dokładnie skrystalizować, nie umiemy poznać, co w niem jest tylko podmiotowem uczuciem, a co posiada podstawy ściśle i przedmiotowe. Ostateczne rozstrzygnięcie wątpliwości jest tu tem bardziej wskazane, skoro chodzi o rzecz wielkiej wagi praktycznej, mającej znaczenie nie tyle może dla kliniki, ile dla codziennej praktyki lekarskiej. Wszakże gruźlica jest chorobą bardzo powszechną, a rozpoznanie jej w samych początkach sprawiać może bardzo poważne trudności.

[11]) Epstein: Med. Klinik. 1907, Nr. 36.

[12]) Sigismund Cohn: Berliner klin. Wochschr. 1907, Nr. 47

Mając na celu wypróbowanie odczynu miejscowego po zastosowaniu tuberkuliny i ocenianie wyników nie należy sądzić według tej miary, którą stosować wolno wobec swoistych znamion w przebiegu innych chorób, n. p. przy ocenianiu odczynu Widala w durze brzusznym. Pamiętać trzeba koniecznie, że gruźlica bywa nie tak rzadko chorobą tylko anatomiczną, t. j. że na zewnątrz nie objawia się takimi przypadami, któreby ją czyniły przedmiotem badania klinicznego same przez się. A dalej trzeba mieć i to na oku, że u wielu osób znaleść można w szczytach płuc pewne zmiany fizyczne, a więc tem samem przypuszczać gruźlicę i mylić się w tem przypuszczeniu. W pierwszym przypadku pojawić się może odczyn, chociaż go nie oczekujemy, w drugim może go nie być zupełnie, również wbrew oczekiwaniom.

Obecność lub brak odczynu wprowadzić trzeba w związek przyczynowy z obecnością lub brakiem w ustroju, albo lepiej w surowicy krwi, pewnych ciał swoistych, związków dotychczas jeszcze ściśle i dokładnie nie poznanych, które wobec drobnoustrojów i jadów gruźliczych nie zachowują się obojętnie i przypuścić, że działanie odtruwające tych związków złączone jest z działaniem drażniącem i że przekrwienie, które nazywamy swoistym odczynem, jest wyrazem tego podrażnienia.

Sposób badania odczynu tuberkulinowego jest i przy szczepieniach skórnych i przy wkraplaniach na spojówkę bardzo prosty. Szczepienie polega na tem, że nożykiem robi się kilka płytkich, gęsto obok siebie leżących nacięć skóry i odsłania w ten sposób siatkę naczyń włosowatych a następnie wkrapla się na to miejsce kroplę 25% rozczynu pierwotnej tuberkuliny Kocha (Alttuberkulin). Odczyn, o ile powstaje, zjawia się czasem już po kilku godzinach; częściej wszakże dopiero po kilkunastu. Zasadniczo polega on na zaczerwienieniu i zgrubieniu skóry, różnego zresztą stopnia. Bardzo często bywa to zaczerwienienie największe w obrębie zgrubienia, które pierścieniem otacza zaszczepione miejsce. Zmiana miejscowa utrzymuje się rozmaicie długo. W jednych przypadkach znika w przeciągu 2—3 dni, w innych trwa nawet kilkanaście dni.

Przy wkraplaniach na spojówkę posługujemy się stosownie do wskazówek Calmettea rozczynem o wiele słabszym. Przeważnie używano rozczynu 1%. Calmette radził w celu usunięcia możliwego wpływu gliceryny strącać ze starej tuberkuliny istotę działającą na pomocą 75% wyskoku, a po wysuszeniu osadu rozpuszczać go w wodzie w stosunku 1:100. Ten sposób postępowania, wskazany może przy pierwszych próbach, wydaje mi się obecnie zbytecznym. Wystarczy najzupełniej zwykły rozczyn oryginalnej tuberkuliny. Wkrapla się z niego do worka spojówkowego jedną kroplę. Odczyn zjawia się zazwyczaj rychlej, aniżeli odczyn skórny. Stopień jego bywa rozmaity. U jednych osób powstaje mniej lub więcej silne przekrwienie spojówki powiekowej; u drugich zaczerwienia się także spojówka gałki ocznej, u innych wreszcie nastaje, obok przekrwienia, rodzaj zapalenia spojówki z wydzieliną śluzowo-ropną. Właściwego zapalenia spojówek, a tem mniej zapalenia głębszych części oka, nie widziałem nigdy, nawet w tych przypadkach, w których do doświadczenia używano rozczynu silniejszego, aniżeli 1%.

Różnice co do stopnia oddziaływania spojówek za-

chęciły Citrona do rozróżnienia trzech okresów odczynu. Odróżnianie takie, zresztą dość dowolne, ma tę dodatnią stronę, że pozwala na ściślejsze i jednostajniejsze określanie przebiegu i stopnia oddziaływania. Podobnie jak odczyn skórny znika i zaczerwienienie spojówek rozmaicie szybko. W każdym razie nie trwa zaczerwienienie spojówek, z małymi wyjątkami, tak długo, jak zaczerwienienie i obrzęk skóry.

Po tych uwagach przychodzę do omówienia własnych spostrzeżeń, poczynionych na chorych z oddziału wewnętrznego tutejszego szpitala.

Materyał, użyty do doświadczeń, obejmuje dotychczas 104 przypadki, rozdzielone na cztery grupy.

W grupie pierwszej mieszczą się chorzy z wybitnymi objawami gruźlicy. Rozpoznanie stwierdzono w każdym przypadku badaniem bakteryologicznem plwocin. Liczba tych chorych wynosi 57. Odczyn tak skórny, jak spojówkowy, występował u 48 chorych [13]), nie otrzymano go u 9 chorych. Ci ostatni, z wyjątkiem dwóch tylko, byli przedmiotem badania pośmiertnego, które stwierdziło bardzo rozległe zmiany gruźlicze w płucach, a przeważnie także i w innych narządach. W dwóch z tych przypadków, w których pod koniec życia były objawy zapalenia opon mózgowych, wykryła sekcya rozsiewającą się ostrą gruźlicę. Z pośród chorych, wrażliwych na szczepienie, względnie wkraplanie tuberkuliny, zmarł tylko jeden skutkiem gwałtownego, nie dającego się zatamować krwotoku.

W grupie drugiej mamy chorych, podejrzanych o gruźlicę tak na podstawie wyniku badania fizycznego, jak i dalszego przebiegu, u których jednak nie można było w początkach spostrzegania wykryć laseczników Kocha, bądź dlatego, że nie odkrztuszali plwocin, bądź też dlatego, że plwociny odkrztuszane pochodziły nie z ognisk gruźliczych w płucach, lecz z górnych dróg oddechowych. Liczba tych spostrzeżeń obejmuje 12 przypadków. W każdym z nich stwierdzano wyraźny odczyn spojówkowy i skórny.

Opis historyi chorób kilku z tych spostrzeżeń, podany w streszczeniu, posłużyć może do lepszego objaśnienia korzyści, osiągniętych przez zastosowanie tuberkuliny w celach rozpoznawczych.

1) Nikola B., lat 40, dozorca lasowy, przyjęty na oddział 13. XI. 1907. Chory podaje, że od kilku miesięcy doznaje przypadłości w zakresie narządu pokarmowego, że niema apetytu i traci siły. Badanie stwierdza, co następuje: Odżywienie zaledwo mierne, skóra blada. Wyraz twarzy pognębiony. Język miernie obłożony, trzęsie się nieco. Klatka piersiowa wogóle dość wątła. W szczycie prawym nieznaczne przytłumienie odgłosu, zresztą odgłos wypukowy wszędzie jawny; granice płuc nieco obniżone. Szmery oddechowe wszędzie zaostrzone, tu i owdzie furczenia i świsty. Kaszel nieznaczny, plwocina skąpa śluzowa. Brzuch płaski, miernie tkliwy. Wątroba wyraźnie macalna, zbitsza. Żołądek nieco rozszerzony, nad jelitem grubem kruczenie. Badanie treści żołądkowej stwierdza obniżenie siły wydzielniczej błony śluzowej żołądka obok osłabienia siły ruchowej. W kale oprócz nieznacznej ilości śluzu, pochodzącego z jelit grubych, nie znaleziono nic nieprawidłowego. Skład moczu prawidłowy. Ciepłota ciała prawidłowa. Odczyn skórny i spojówkowy po zastosowaniu tuberkuliny występuje w miernym stopniu. W dalszym przebiegu stwierdzono kilkakrotnie nieznaczne wzniesienia ciepłoty ciała, dochodzące najwyżej do 37·5° C. Stan chorego nie poprawiał się zupełnie, jego wejrzenie pogarszało się nawet, skargi na przypadłości żołądkowe powtarzały się stale. D. 3. XII. pojawił się silniejszy kaszel, wśród którego odkrztusił chory mierną ilość krwi. Dnia następnego stwierdzono gorączkę, dochodzący do 38·2° C. Gorączka ta, o przebiegu zupełnie nieregularnym, utrzymuje się do tej chwili. W szczycie prawym pojawiają się od czasu do czasu rzężenia. Badanie bakteryologiczne plwociny, przedtem bezowocne, wykryło w ostatnich dniach obecność laseczników gruźlicy.

2) D. N., lat 35, urzędnik w instytucyi prywatnej. Przyjęty na oddział 17. XI. 1907. Chory pochodzi rzekomo ze zdrowej rodziny. W pierwszych latach życia miał przebyć zapalenie płuc, później nie chorował nigdy, w szczególności nie zapadał na nieżyty dróg oddechowych. Mniej więcej przed 6 tygodniami utworzył się na karku czyrak miernych rozmiarów. Ciepłoty ciała wtedy nie mierzono, ale chory podaje, że przez szereg dni miewał dreszczyki, doznawał uczucia gorączki, a nawet miewał lekkie poty. Stan ten trwał około 2 tygodni. Czyrak zaczął się goić, ale mimo to ogólny stan chorego nie poprawiał się. Apetyt nie powracał, w brzuchu pojawiały się od czasu do czasu lekkie bole. Około 29. X. wystąpił silny ból w prawem podżebrzu, który się rozprzestrzeniał na całą dolną część prawej strony klatki piersiowej. Około 10. XI. wystąpił jeszcze silniejszy kłujący ból po lewej stronie klatki piersiowej. Przez cały ten czas gorączkował chory stale; tor gorączki był zwalniający. Po raz pierwszy badałem go d. 14. XI. w jego mieszkaniu i stwierdziłem wtedy wyraźne objawy suchego zapalenia opłucnej po stronie lewej, obok tego upośledzenie ruchomości dolnego brzegu płuca prawego w częściach bocznych i przednich, przytłumienie odgłosu w szczycie prawym nieznaczne, zaostrzenie szmerów oddechowych i przedłużenie wydechu w szczycie po stronie lewej. Narząd krążenia prawidłowy; tętno znacznie przyspieszone; w czasie badania wynosiła jego liczba 130. Wątroba i śledziona niemacalna; w jelitach mierna ilość kału. Rozpoznanie sprawiało w tym czasie poważne trudności wobec braku wyraźnych objawów płucnych jako takich z jednej strony, a przypuszczenia, uzasadnionego do pewnego stopnia rozwojem choroby po miejscowem ropieniu (czyrak), że może cała sprawa polega na zakażeniu ropnem, z drugiej strony. Uwzględniając te okoliczności, że chory nie miewał w ostatnich czasach wyraźnych dreszczów, ani obfitszych potów, że śledziona i wątroba nie były powiększone, przypuszczałem raczej rozwijającą się gruźlicę, a powstanie choroby po czyraku poczytywałem za wynik przypadkowego zbiegu okoliczności. W ciągu następnych 3 dni zmniejszyły się dolegliwości podmiotowe, zależne od zapalenia opłucnej, do tego stopnia, że chorego można było przenieść do szpitala d. 17. XI. Z dalszego przebiegu zasługują na podniesienie następujące szczegóły: W pierwszych dniach pobytu odkrztusił chory kilkakrotnie nieco krwawej plwociny, a nawet czystą krew. Pochodzenia tego krwioplucia nie można było uzasadnić obecnością sprawy zapalnej w płucach i najprędzej należało ją odnieść do zmian wykrytych w szczytach płuc już przy pierwszem badaniu, a to tembardziej, skoro tak szczepienie tuberkuliny na skórze, jak wkroplenie jej do oka wywołało bardzo wyraźny odczyn. Przypuszczenie to zdawała się potwierdzać także i ta okoliczność, że w związku z krwiopluciem nie podniosła się ciepłota ciała, ani nie wystąpiły inne objawy ogólne, przydarzające się niemal stale w zapaleniu płuc. W drugim tygodniu pobytu w szpitalu zaczął się chory uskarżać na ponowny ból w prawej stronie klatki piersiowej u dołu. Badanie nie stwierdzało nigdy objawów świeżego zapalenia opłucnej, natomiast w toku spostrzegania, coraz wyraźniej występowały znamiona zwyrodnienia włóknistego prawej opłucnej. Kilkakrotnie powtarzane nakłucia po tejże stronie stwierdziły brak płynu w jamie opłucnej, a natomiast tak znaczną zbitość opłucnej, że nawet stosunkowo cienka igła zpotykała się z wielkim oporem. Dwukrotnie jeszcze powracało przypuszczenie ropienia wobec tworzących się zakrzepów żylnych, raz w kończynie dolnej prawej, drugi raz w żyłach klatki piersiowej po stronie prawej. Zwłaszcza za drugim razem bardzo podejrzanym wydawał się obrzęk skóry, jako możliwe następstwo sprawy ropnej, toczącej się czy to w okolicy nerki, czy pod przeponą. Stosunkowo rychłe ustąpienie obrzęku nakazało porzucić to przypuszczenie. A przyszło to tem łatwiej, skoro rozpoznanie gruźlicy jako przyczyny podstawowej całego obrazu choroby stało się pewniejsze przez wyraźne objawy zagęszczenia płuc w szczycie lewym i przez wystąpienie w tem miejscu dość licznych rzężeń. Chory znajduje się w tej chwili jeszcze w szpitalu, a przez dalsze spostrzeganie przebiegu choroby będzie prawdopodobnie można rozpoznanie gruźlicy uzasadnić także badaniem bakteryologicznem, które dotychczas nie dało dodatniego wyniku wobec braku odpowiedniego materyału do badania.

3) Maksim M., l. 20, ślusarz z Sarajewa, przyjęty na oddział 20. XI. 1907. Od kilku dni bole w klatce piersiowej i mę-

[13]) W tem 2 przypadki gruźliczego zapalenia otrzewnej.

czący kaszel. Dawniej miał być zawsze zdrów. Na zapytanie wprost wystosowane w tym kierunku, podaje, że stosunkowo często zapadał na nieżyty, a przed trzema laty odpluwał nawet przez jakiś czas krew. Badanie stwierdza, co następuje: Wzrost i budowa dobre, mięśnie silnie rozwinięte. Klatka piersiowa nieco dłuższa, niezbyt silnie wysklepiona; poruszalność jej wogóle dobra, z wyjątkiem okolicy szczytu po stronie lewej. Odgłos opukowy w dołku nadobojczykowym lewym i nadgrzebieniowym lewym mniej jawny. Ruchomość szczytu mniejsza, aniżeli po stronie prawej. Na całej klatce piersiowej sporo nieżytowych suchych rzężeń obok powszechnego zaostrzenia szmerów. Badanie innych narządów nie stwierdza żadnych zboczeń. W czasie dwutygodniowego pobytu chorego stwierdzono kilkakrotnie podniesienie się ciepłoty, dochodzące do 37·7° C. Odczyn skórny i oczny wyraźny. Przed wyjściem chorego ze szpitala stwierdzono w szczycie lewym obok opisanych już zmian opukowych wyraźne zaostrzenie szmeru wdechowego i przedłużenie szmeru wydechowego. Objawy nieżytu oskrzelowego rozlanego ustąpiły zupełnie, chory przestał kaszleć, ale pomimo to jeszcze w wilię dnia, w którym opuszczał szpital było krótkotrwałe podniesienie ciepłoty.

Przypadek ten należy do rzędu bardzo pospolitych spostrzeżeń, szczytowej ograniczonej gruźlicy. Ale właśnie dlatego zasługuje na szczególną uwagę ze względów praktycznych. Jemu podobnych spostrzegaliśmy w ostatnich czasach kilka i one właśnie zdawały się przemawiać najbardziej na korzyść rozpoznawczych wkraplań i szczepień tuberkuliny. (Dok. nast.)

Z Kliniki lekarskiej prof. W. Obrazcowa w Kijowie.

Odczyn oczny na tuberkulinę, jako środek rozpoznawania gruźlicy.

Podał

Dr A. Bylina, ordynator Kliniki.

(Wykład w Polskiem Towarzystwie lekarskiem w Kijowie).

Straszne spustoszenia, jakie gruźlica sprawia w szeregach ludności, zmuszają lekarzy do ciągłego poszukiwania środków rozpoznawania i zwalczania groźnego tego cierpienia. Gruźlica jest dla nas tem straszniejszym wrogiem, iż pole jej niszczycielskiej działalności jest olbrzymio szerokie; zaczynając od najbardziej powierzchownie leżącego narządu, jakim jest skóra i kończąc na najgłębszych narządach naszego ustroju, gruźlica wszędzie się wciska, wszystko niszczy. Stąd też i metody rozpoznawcze muszą być bardzo rozmaite. To też obecnie dla wykrycia zakażeń gruźliczych używamy wszelkich sposobów współczesnego badania.

Do roku 1881, w którym Robert Koch odkrył swoistego pasożyta, w rozpoznawaniu gruźlicy odgrywały główną rolę sposoby fizyczne; Laënnec pierwszy dał im ścisłą podstawę naukową, a następcy genialnego klinicysty doprowadzili badania fizyczne do stopnia znakomitej dokładności.

Epokowe odkrycie Kocha na pozór zmniejszyło znaczenie fizycznych sposobów badania; sądzono, że żmudne oglądanie, obmacywanie, opukiwanie i osłuchiwanie można zastąpić prostem i często łatwem wykryciem swoistych prątków. I chociaż złudzenie trwało niedługo, przyniosło jednak niemałą szkodę. Bądź co bądź jednak, odkrycie Kocha stanowi olbrzymi krok naprzód w sprawie rozpoznawania gruźlicy: do dawnych fizycznych sposobów badania przyłączył się nowy, bakteryologiczny; jednocześnie została poznana istotna przyczyna gruźlicy.

Wymienione sposoby miały tę wielką wadę, iż nie pozwalały wykryć początkowych, nieznacznych lub głęboko usadowionych spraw gruźliczych. Tę lukę miała wypełnić tuberkulina; odrzucona jako środek leczniczy, próbowała zająć miejsce w szeregu środków rozpoznawczych. W tej nowej roli tuberkulina zyskała uznanie, a i lecznicze jej własności w ostatnich czasach coraz liczniejszych znajdują zwolenników.

Jednakże tuberkulina, wstrzyknięta w celu rozpoznawczym, wywołuje u osób, cierpiących na gruźlicę, nietylko mniej lub więcej znaczny odczyn miejscowy, lecz i ogólne zaburzenia, które niekiedy dochodzą do stopnia bardzo ciężkich powikłań. Już to jedno tylko znacznie zmniejsza zakres wstrzykiwań tuberkuliny w celach rozpoznawczych.

Bezpieczniejszą pod tym względem mogłaby być podana przez Arloinga serodyagnostyka; lecz badania kolegi Żebrowskiego najlepiej nas przekonały, jak mało w gruźlicy oczekiwać możemy obecnie korzyści od metody, która w innych sprawach zakaźnych olbrzymie oddaje usługi.

Dotychczas nie mamy przeto sposobu, którykolwiek łatwo, ściśle i bez szkody dla chorego pozwalał rozpoznać gruźlicę w jej początkowym okresie, w narządach położonych głęboko, dla bezpośredniego badania niedostępnych.

Każdy więc zrozumie to zajęcie, jakie wywołał odczyt prof. Calmettea, w d. 17 czerwca r. b. w paryskiej Akademii Umiejętności: Calmette twierdził, że odkrył nowy sposób rozpoznawania gruźlicy, sposób, polegający na swoistym odczynie ocznym na tuberkulinę u osobników, cierpiących na gruźlicę. Calmette miał jednak poprzedników, o których należy słów parę powiedzieć.

Pirquet z Wiednia już dawniej wskazał, iż gdy w nacięty naskórek wetrzemy odrobinę tuberkuliny, to już po 24—48 godzinach wyraźnie występuje miejscowy odczyn w postaci zaczerwienienia skóry; następnie w tem samem miejscu pojawia się niewielki obrzęk, w kształcie grudki *(papula)*, niekiedy na szczycie grudki tworzy się pęcherzyk, a pod naskórkiem zbiera się nieco przejrzystej żółtawej cieczy; w ciągu tygodnia zjawisko stopniowo znika. Ten odczyn skórny, jak twierdzi Pirquet, występuje wyłącznie u osobników, dotkniętych gruźlicą. Badania Feranda i Lemairea dowiodły, że drobnowidowa budowa grudki, powstałej na miejscu zaszczepienia tuberkuliny, niema cech swoistych, właściwych tworom gruźliczym; niemniej jednak znacznie się różni od budowy guzków, powstałych wskutek szczepienia jadów błoniczych lub sublimatowej (0,2%) gliceryny.

Gdy Pirquet czynił próby ze swym odczynem skórnym, Calmette w Lille badał, jak oddziaływa na tuberkulinę spojówka oka. By uniknąć drażniącego spojówkę działania gliceryny przetworu Kocha, używał Calmette wyłącznie tuberkuliny, strąconej 95° wyskokiem. Osuszony proszek rozpuszczał w wyjałowionej wodzie w stosunku 1 na 100 (5 miligramów tuberkuliny na 10 kropel wody). Gdy tuberkulina zupełnie rozpuści się w wodzie, co następuje mniej więcej w godzinę, Calmette jedną kroplę roztworu wpuszcza do oka. Kroplę należy wpuszczać do wewnętrznego kąta oka, w pobliżu mięska łzowego.

Po trzech, częściej po pięciu godzinach, występują u osobników, dotkniętych gruźlicą, pierwsze oznaki odczynu: spojówka tak gałki, jak i powiek w wewnętrznym kącie oka wyraźnie się zaczerwienia; najsilniej jednak występuje

przekrwienie na mięsku łzowem. Tętniczki spojówki są znacznie rozszerzone, spojówka i mięsko stopniowo brzękną, wydzielają mniej lub więcej obfity wysięk śluzowo-ropny; łzawienie jest zwiększone. Do najwyższego rozwoju dochodzą pomienione zjawiska między godzinami 6 i 10. Po 24—48 godzinach odczyn stopniowo znika i wszystko powraca do stanu prawidłowego.

Badani, jak twierdzi Calmette, bólu w oku nie doświadczają i uskarżają się jedynie na łzawienie i zwiększoną wydzielinę. W niektórych przypadkach odczyn występuje znacznie później, po 12, nawet po 24 godzinach, i znika po 72 godzinach, rzadko jeszcze później. Te późne, zresztą dość rzadkie, odczyny, mogą być jednak bardzo wyraźne. Odczyn wcale nie występuje u osobników charłaczych lub blizkich śmierci.

Tak się rzecz ma u osób, dotkniętych gruźlicą. U wolnych od spraw gruźliczych odczyn, według słów Calmettea, nie występuje wcale; co najwyżej spostrzega się u takich osób tylko lekkie zaczerwienienie spojówki, bez przekrwienia mięska łzowego, bez zwiększonej wydzieliny.

Do 13 lipca r. b. badał Calmette swą metodą 115 chorych, w tej liczbie 36 dzieci i 79 dorosłych. Odczyn dodatni otrzymał u 61, ujemny u 54. Odczyn dodatni otrzymał Calmette raz u chorego na zapalenie stawów zniekształtniające; odczyn ujemny — dwa razy u chorych z lekkiem stłumieniem nad jednym ze szczytów. Prócz własnych, przytacza Calmette i wyniki badań innych autorów, którzy podali mu wyniki swych spostrzeżeń. Badano 85 osób; odczyn był dodatni — w 48 przypadkach, ujemny — w 37. Odczyn dodatni otrzymano raz (Prouff) u alkoholika i raz (Desplats) u cierpiącego na tętniaka tętnicy głównej i leczonego jodem.

Badania Combyego, przeprowadzone nad 132 dziećmi, są zupełnie zgodne z wynikami Calmettea. W dwóch przypadkach Comby, zapuszczając dzieciom kroplę 1% rozczynu tuberkuliny, otrzymał nadmiernie silny odczyn, który trwał do 8 dni; to go zmusiło używać rozczynu 1 na 200 (½%) i przy tym słabszym rozczynie spostrzegał umiarkowane zjawiska odczynu. U badanych 132 dzieci otrzymał Comby wynik dodatni 62 razy, ujemny — 70 razy. Sekcya, zgodnie z wynikiem odczynu, stwierdziła 4 razy obecność sprawy gruźliczej, 6 zaś razy — brak jej. Grasset przytacza 31 spostrzeżeń; pomiędzy niemi otrzymał on odczyn dodatni u chorego na padaczkę, u którego klinicznie nie zdołano wykryć zmian gruźliczych. Citron badał 90 chorych. Wśród 45, u których nie wykryto gruźlicy, raz jeden otrzymał wynik dodatni; z 31 przypadków, w których, według danych klinicznych, była gruźlica, mimo to 6 razy otrzymano odczyn ujemny. Letulle podaje wyniki badania 66 chorych, u których stwierdzono klinicznie zmiany gruźlicze; odczyn oczny dodatni otrzymał Letulle 63 razy, ujemny — 3 razy, w tem: dwa razy u chorych blizkich zejścia śmiertelnego i raz u chorego, w którego plwocinie nie można było wykryć prątków swoistych. Przy tem zaznacza Letulle, iż nie widział zależności pomiędzy siłą odczynu i stopniem rozwoju sprawy gruźliczej.

Należy tu słów parę powiedzieć o tem, jak powstaje odczyn oczny, jakie są jego przyczyny. Już z góry można orzec, iż odczyn oczny jest widomym obrazem walki, jaką ustrój toczy z dostającą się doń tuberkuliną. A że ustrój ludzki jest zdolny wytwarzać środki, do walki tej niezbędne, świadczą o tem badania ostatnich czasów. Prace Arloinga i Courmonta dowiodły, iż surowica osobników gruźliczych zawiera swoiste aglutyniny; a chociaż serodyagnostyka gruźlicy, jak już o tem wspominałem, nie jest jeszcze w praktyce możliwą, nie mniej jednak jest rzeczą pewną, iż ustrój te ciała wytwarza. Czy surowica chorych na gruźlicę zawiera bakteryolizyny, dotychczas ściśle nie rozstrzygnięto; badania jednak, wykonane przez Marzagalliego i Figariego w pracowni Maragliano czynią prawdopodobnem, że i swoiste bakteryolizyny ustrój gruźliczy zdolny jest wytwarzać. Oto są niektóre ze środków, wytwarzanych przez ustrój dla walki z zakażeniem. Ustrój nie zakażony gruźlicą nie posiada tych środków, niezbędnych do walki; gdy zaś zakażenie nastąpi, wytwarza je z czasem, stopniowo. Stąd jest jasnem, dla czego odczyn oczny nie występuje u osobników zdrowych, u których niema gotowego zapasu środków do walki z jadem. Ustrój zaś, dawniej zakażony gruźlicą, który już zdążył wytworzyć niezbędne środki do walki z wrogiem, przy wprowadzeniu tuberkuliny do oka wysyła tam swe niweczniki; część niweczników wytwarzają na miejscu komórki, bezpośrednio podrażnione jadem. Widomym zaś obrazem tej walki staje się odczyn oczny.

Przechodzę do wyników własnych badań, dokonanych częścią w klinikach lekarskiej i chirurgicznej, częścią w szpitalu miejskim w Kijowie. Próby wykonywałem, posługując się »Tuberculin-Test« z Instytutu Pasteura w Lille. Flakonik zawiera 0,005 gr. czystej tuberkuliny. Całą tę ilość rozpuszczałem w 10 kroplach wyjałowionej wody; kropla więc rozczynu zawierała pół miligrama tuberkuliny. Taką ilość wpuszczałem, odciągnąwszy dolną powiekę, do wewnętrznego kąta oka; dolną powiekę przez kilka sekund trzymałem odwiniętą ku dołowi.

Za odczyn dodatni uważam tylko taki, gdy widoczne jest zaczerwienienie mięska łzowego; samo tylko przekrwienie spojówki, bez zaczerwienienia mięska łzowego, nie jest dowodem odczynu dodatniego.

Wszystkich prób wykonałem dotychczas 53. Wyniki w krótkości były następujące:

1. P., 56 lat. Rozpoznanie kliniczne: *Tumor pulmonis sinistri.* (Rozpoznanie anatomiczne: *Sarcoma pulmonis sin.* Ognisk gruźliczych sekcya nie wykryła). Odczyn ujemny.
2. J., 40 lat. Odczyn dodatni.
3. Z., 28 lat. *Endocarditis exacerbata.* Ujemny.
4. W., 25 lat. *Tbc. pulmonum; peritonitis tuberculosa; arthritis tuberculosa.* (W plwocinie liczne laseczniki Kocha). Dodatni.
5. K. *Pleuritis exsudativa serosa chron. sinistra.* (W plwocinie i wysięku laseczników nie wykryto). Ujemny.
6. M., 42 lat. *Pyelonephritis calculosa, hydronephrosis dextra.* Ujemny.
7. W., 26 lat. *Stenosis et insufficientia valvulae mitralis.* Ujemny.
8. B., 35 lat. *Typhus abdominalis.* Ujemny.
9. C., 19 lat. *Tbc. pulmonis dextri; peritonitis chrinica.* Dodatni.
10. B., 49 l. *Osteomyelitis tibiae tuberculosa, tbc. pulmonum.* (W plwocinie laseczniki Kocha). Dodatni.
11. N., 20 lat. *Sarcoma renis.* Ujemny.
12. D., 21 lat. *Orchitis tuberculosa.* Dodatni.
13. R., 24 lat. *Coxitis tuberculosa.* Dodatni.
14. R., 25 lat. *Tumor (carcinoma?) coeci.* (Operacya wykryła: *tuberculosis coeci*). Dodatni.
15. J., 36 l. *Phlegmone manus; arthritis purulenta carporadialis.* Ujemny.
16. C., 27 lat. *Echinococcus hepatis.* Ujemny.

17. Z., 11 lat. *Pleuritis exsudativa serosa acuta.* Ujemny.
18. G. *Vitium cordis.* Dodatni.
19. Z., 26 lat. *Nephritis haemorrhagica chronica.* Dodatni.
20. G. *Vitium cordis.* Ujemny.
21. Z., 38 lat. *Gonitis rheumatica.* Ujemny.
22. S., 22 lat. *Vulnus sclopetarium* (rana postrzałowa). Dodatni.
23. L., 9 lat. *Tuberculosis articulationis talo-tibialis.* Dodatni.
24. B., 28 lat. *Luxatio cubiti inveterata.* Dodatni.
25. N., 26 lat. *Tumor (carcinoma?) testiculi.* Dodatni.
26. W., 30 lat. *Hernia, vitium cordis, pneumonia.* Dodatni.
27. S., 43 lat. *Leucaemia myelogenes.* Ujemny.
28. P., 22 lat. *Cystis lienis (echinococcus?)* Ujemny.
29. B., 22 lat. *Appendicitis acuta.* Dodatni.
30. M., 66 lat. *Neoplasma malignum pulmonis sinistri.* Ujemny.
31. F., 37 lat. *Ulcus ventriculi.* Ujemny.
32. G., 34 lat. *Carcinoma pylori.* Dodatni.
33. W., 39 lat. *Vitium cordis.* Ujemny.
34. S., 45 lat. *Tuberculosis vesicae urinariae.* Dodatni.
35. K., 10 lat. *Tuberculosis calcanei.* Dodatni.
36. B., 11 lat. *Luxatio inveterata cubiti.* Dodatni.
37. R., 12 lat. *Fractura femoris dextri.* Dodatni.
38. T., 9 lat. *Kyphosis tuberculosa.* Dodatni.
39. T., 16 lat. *Ambustura pectoris, abdominis et femoris.* Dodatni.
40. S., 22 lat. *Typhus abdominalis.* Ujemny.
41. K., 25 lat. *Polyposis recti.* Ujemny.
42. S., 17 lat. *Tuberculosis calcanei.* Dodatni.
43. L., 16 lat. *Osteomyelitis acuta femoris.* Dodatni.
44. F., 15 lat. *Osteomyelitis acuta fibulae.* Dodatni.
45. O., 17 lat. *Phthisis pulmonum, haemoptoë.* Dodatni.
46. T., 54 lat. *Phthisis pulmonum.* Dodatni.
47. P., 16 lat. *Enteritis acuta.* Dodatni.
48. K., 22 lat. *Pneumonia tuberculosa.* Dodatni.
49. D., 31 lat. *Febris recurrens.* Ujemny.
50. P., 17 lat. *Enterocolitis catarrhalis acuta.* Ujemny.
51. B., 22 lat. *Pneumonia crouposa.* Ujemny.
52. B., 28 lat. *Intoxicatio c. acido sulfurico.* Dodatni.
53. M., 20 lat. *Typhus abdominalis.* Dodatni.

Tak więc wśród 53 dokonanych prób 31 razy otrzymałem odczyn dodatni, 22 razy — ujemny. We wszystkich 13 przypadkach, gdzie klinicznie rozpoznaną była gruźlica, otrzymałem odczyn dodatni. Prócz tego również dodatni odczyn otrzymałem w 18 przypadkach, gdzie klinicznie mało lub wcale nie było wskazówek obecności sprawy gruźliczej. W jednym z tych przypadków (Nr 14), w którym klinicznie rozpoznano raka kątnicy, operacya, zgodnie z dodatnim wynikiem odczynu Calmettea, stwierdziła obecność gruźlicy kątnicy. Raz jeden sekcya, zgodnie z ujemnym odczynem ocznym, stwierdziła brak sprawy gruźliczej (Nr 1).

W próbach moich odczyn tylko 5 razy wystąpił po 4-5 godzinach; najczęściej występował po 10 12; parę razy — zaledwie po 24 godzinach. Ustępował całkowicie po 2—3 dniach.

W pięciu przypadkach odczyn był bardzo silny, z obrzękiem i zaczerwienieniem powiek, obfitą śluzoworopną wydzieliną, silnem łzawieniem, paleniem i kłuciem. Po 2—3 dniach wszystkie zjawiska ustępowały bez śladu. Podniesienia się ciepłoty, jak również i innych ogólnych objawów, nie spostrzegłem ani razu.

W reszcie przypadków odczyn miał przebieg umiarkowany, łagodny.

Na ogół więc wyniki prób moich są mniej więcej zgodne z wynikami, otrzymanymi przez innych autorów.

Najtrudniej odpowiedzieć na pytanie, jaką wartość rozpoznawczą posiada odczyn Calmettea. W próbach moich we wszystkich tych przypadkach, w których za pomocą dawnych, klinicznie ścisłych sposobów, rozpoznaną była gruźlica, odczyn oczny dał wynik dodatni, to jest zgodny z rozpoznaniem klinicznem. Lecz jednocześnie otrzymałem odczyn dodatni w tych 18 przypadkach, w których klinicznie nie było wskazówek obecności zmian gruźliczych. Poprzednio już wspomniałem, że u jednego z tych chorych, u którego rozpoznano raka kątnicy, a odczyn Calmettea był wyraźnie dodatni, operacya stwierdziła gruźlicę kiszki ślepej.

Czy więc odczyn oczny jest czulszy, niż dawne sposoby badania i zdoła wykryć ogniska gruźlicze tak drobne, lub tak ukryte, że ich za pomocą innych obecnych metod rozpoznać nie możemy; czy też ten odczyn nie jest swoisty i występuje i tam, gdzie gruźlicy niema?

Pytanie to przyszłość rozstrzygnie, gdy przez wielką liczbę sekcyi można będzie sprawdzić wyniki prób i badań klinicznych. Obecnie to tylko można powiedzieć, że odczyn Calmettea nie usunie dawnych sposobów badania i rozpoznawania gruźlicy, sposobów fizycznych, bakteryologicznych i biologicznych, których dziś używamy; odczyn oczny nie uczyni ich zbytecznymi. Lecz w nowym sposobie przybywa nam jeszcze jeden środek rozpoznawczy, który w wielu przypadkach może oddać wielkie usługi; a każdy lekarz wie, iż rozpoznanie cierpienia tem jest prawidłowsze, im ściślej zostało potwierdzone przez najliczniejsze i możliwie różnorodne sposoby badania.

Zasługa więc Calmettea i jego poprzedników polega na tem, iż podając swój nowy bioskopiczny sposób, zwiększył liczbę środków rozpoznawania tak strasznej choroby, jaką jest gruźlica.

Piśmiennictwo. 1) Calmette: Un nouveau procédé de diagnostic de la tuberculose chez l'homme: L'»ophtalmo-réaction« à la tuberculine. (Presse Méd. 1907, Nr 49). — 2) Calmette, Breton, Painblan, Petit: Utilisation pratique de l'ophtalmo-réaction pour le diagnostic de la tuberculose chez l'homme. (Presse Méd. 1907, Nr 50). — 3) Letulle: L'ophtalmo-réaction à la tuberculine. (Presse Méd. 1907, Nr 53). — 4) Citron: Ueber Tuberculoseantikörper und das Wesen der Tuberculinreaktion. (Berl. klin. Wochenschr. 1907, Nr 36). — 5) Engel u. Bauer: Erfahrungen mit der von Pirquet'schen Tuberkulinreaktion. (Berl. klin. Wochensch. 1907, Nr 37). — 6) Comby: Oculo-réaction à la tuberculine chez les enfants. (Presse méd. 1907, Nr 64). — 7) Olmer et Terras: Cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte. Ophtalmo-réaction. (Presse med. 1907, Nr 75). — 8) Ferrand et Lemaire: Etude clinique et histologique de la cuti-réaction à la tuberculine chez les enfants (Presse méd. 1907, Nr 78). — 9) Pirquet: Die Allergieprobe zur Diagnose der Tuberkulose im Kinderalter. (Wien. med. Wochenschr. 1907, Nr 28).

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 11. grudnia 1907.

Przewodniczy prezes Prof. Rosner. Obecnych członków 31.

1) Protokół po odczytaniu przyjęto.

2) Na członka Towarzystwa przyjęto jednomyślnie Dra Karola Morawskiego.

3) Kol. prym. Borzęcki przedstawia chłopca 10-letniego **ze zmianą barwikową włosów głowy.** Zmiana ta umieszczona w okolicy kości potylicznej przedstawia się w obrębie włosów ciemno-blond jako ognisko wielkości przekroju pomarańczy, barwy czarnej. Skóra w obrębie tej zmiany nie różni się co do ubarwienia od reszty skóry.

4) Nastąpiły wykłady kol. insp. Biera: **O molu mącznym** i 5) kol. Dra Spiry: **O zaburzeniach słuchowych u dzieci.** W dyskusyi brali udział koledzy: Karpiński, Hirsch, Prof. Lewkowicz i prelegenci. Sekretarz: *Dr Owsiński.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie d. 14/27. listopada 1907.

Przewodniczący kol. Rumszewicz. Członków obecnych 39.

Na porządku dziennym: 1) Odczyt kol. Januszkiewicza: **Pharyngitis keratosa punctata** (ukaże się w całości w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: Kol. Obniski spostrzegał wraz z kol. Trofimowym i Sągajłą podobny przypadek, dotyczący 38-letniej kobiety, który skończył się wyzdrowieniem bez operacyi, przy zastosowaniu płukań (*Tra Menthae, Ratanh. i Myrrh.* z gliceryną). — Kol. Sochacki przypomina, że w przypadku Januszkiewicza on właśnie polecił sok cytrynowy, wychodząc z przypuszczenia, iż rozwijanie się choroby, o której mowa, może stać w związku z niedomogą wydzielniczą żołądka, w którym to przypadku wprowadzanie do ustroju kwasów (solnego, jeszcze lepiej niż cytrynowego) byłoby wskazane. — Kol. Sągajło kilkakrotnie z powodzeniem stosował do pendzlowania miejsc dotkniętych, karbolowo-kamforowy rozczyn Chlumskyego. — Prelegent stwierdza, iż w jednym z jego przypadków w istocie pomogło pendzlowanie kwasem cytrynowym, które zresztą w innych razach zawodziło; sądzi, że przy leczeniu omawianej choroby należy unikać środków zwiększających zbitość tkanek, stosując natomiast środki rozmiękczające, któreby ułatwiały wypadanie czopków.

2) Odczyt kol. Byliny: **Odczyn oczny tuberkulinowy, jako środek rozpoznawania gruźlicy** (ogłoszony w dzisiejszym Nr »Przeglądu lekarskiego«).

Dyskusya: Kol. Łążyński zwraca uwagę na pracę Bluma, który stwierdził występowanie odczynu u osób niedotkniętych gruźlicą, cierpiących zaś na jaglicę lub grudkowe zapalenie spojówki. — Kol. Januszkiewicz pyta, czy odczyn nie grozi niebezpieczeństwem oczom wobec tego, że niekiedy występuje nader gwałtownie. — Kol. Rumszewicz nie radzi stosować jakiegokolwiek leczenia przeciwko objawom zapalnym, wywołanym przez odczyn. — Kol. Żebrowski wyraża obawę, aby wobec wielkiej częstości ognisk gruźliczych (90—97%) odczyn nie był zanadto czuły; byłoby rzeczą bardzo doniosłą, gdyby odczyn występował tylko tam, gdzie istnieją ogniska gruźlicze czynne. — Kol. Gilewicz podaje, że na oddziale kol. Sokołowskiego (Warszawa), gdzie stosowano sposób Calmettea w 19 przypadkach, u dwóch chorych z klinicznem rozpoznaniem miażdżycy tętnic odczyn trwał niezwykle długo, a mianowicie u jednego 8 dni, u drugiego przeszło 2 tygodnie. U jednego chorego z kliniki Prof. Wagnera (Kijów) odczyn trwa już tydzień. — Kol. Nowaczek solidaryzuje się z życzeniem, wyrażonem (w »Pam. Warsz. Tow. lek.«) przez Rzętkowskiego i Landaua, aby dokładniejszem zbadaniem sposobu Calmettea zechcieli się zająć okuliści. — Kol. Werbski zapytuje, czy w razie zapalnego stanu spojówki nie należałoby zastąpić metody Calmettea sposobem Pirqueta. — Prelegent odpowiada, że według rady Calmettea stosował jego sposób tylko na zdrowych oczach. Między natężeniem sprawy gruźliczej i odczynu równoległości niema. Występuje on wprawdzie nieraz dość silnie, zwłaszcza u dzieci, lecz wszystko kończy się zwykle pomyślnie w ciągu 1—5 dni. Na ból chorzy się nie skarżą. O zbytniej czułości odczynu nie można mówić, zważywszy, że według Calmettea występuje on w 80% wszystkich przypadków, gdy według anatomo-patologicznych danych Burghardta ogniska gruźlicze zdarzają w 90—97%. Odczyn występować może zresztą także u osób, wolnych od gruźlicy, podczas ostrych chorób zakaźnych z wysoką ciepłotą, a także przy zażywaniu przetworów jodowych i prawdopodobnie także bromowych. W razie zapalnych stanów spojówki można oczywiście stosować zamiast sposobu Calmettea sposób Pirqueta. Nareszcie należy zaznaczyć, że odczyn oczny tuberkulinowy uważany być musi, bądź co bądź, za sposób niewinny w porównaniu z wstrzykiwaniem tuberkuliny.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie w d. 22. XI. 1907.

Prezes Radca Dr Fr. Chłapowski zagaja posiedzenie wspomnieniem o ś. p. Drze Antonim Drożyńskim z Piły, który urodzony w r. 1857 w Poznaniu, umiał sobie zjednać na kresach Księstwa powszechne uznanie.

1) Dr Skoczyński demonstruje **odruch Babińskiego.** Odruch ten prawidłowo znajdujemy u dzieci w wieku 1—3 lat. U dorosłych jest on objawem znamiennym przy zaburzeniach mózgu i rdzenia, gdy zajęte są drogi piramidowe. Czasami u chorego nieprzytomnego jest odruch ten jedynym objawem sprawy. Dziwnym sposobem w wypadkach starszych objaw ten ustępuje. Bardzo cennym jest odruch Babińskiego, jako odróżniający histeryę (gdzie go niema), od cierpienia organicznego. Jest to objaw korowy, który ujawnia się także przy śpiączce padaczkowej i otruciu hyoscynowem.

W dyskusyi przypomina Dr Święcicki odruchy przy zakażeniu popołogowem. — Dr Skoczyński dodaje, że i przy durze zdarza się odruch Babińskiego, co może polegać na obniżeniu czynności komórek lub też na zajęciu opon. Odruchy skórne są znacznie zawilsze od mięśniowych, a drogi ich dotąd niezupełnie są wyświetlone.

2) Dr Mieczkowski przedstawia **wyrostek robaczkowy,** wyjęty u panny 20-kilkoletniej. Wyrostek u podstawy mocno jest zwężony, silnie napięty, z żyłkami krwią nabiegłemi. Operacyę poprzedzały kilkakrotne napady bolu, polegające oczywiście na tem, że treść wyrostka nie mogła się przecisnąć do kiszki. Następnie przecina mowca wyrostek; okazuje się, że wyrostek jest przepełniony ropą. Klinicznie prócz napadów bolu przebiegał przypadek ten bez gorączki i bez objawów zapalnych. Nigdzie też nie było zrostów.

W dyskusyi zaznacza Dr Fr. Zakrzewski, że spostrzegał ten przypadek klinicznie. Wyrostek był bardzo wyczuwalny i łatwo się poruszał. Stan taki jest wskazaniem do niezwłocznej operacyi.—Dr Łazarewicz zapytuje, czy i miesiączkowanie było bolesne, oraz jak należałoby postąpić, gdyby chora była w ciąży? Niektórzy autorowie polecają przerwanie ciąży, co Łazarewicz uważa za gruby błąd. Ł. sądzi, że należy operować i starać się ciążę utrzymać. — Dr Mieczkowski odpowiada, że po operacyi bolesna zwykle regularność tej chorej odbywała się bez bolu; zauważył, że bardzo dobrze można wykonywać operacye wyrostka przy ciąży. — Dr Krysiewicz zwraca uwagę na przyzwyczajenie niektórych lekarzy, żeby badać z silnym naciskiem na powłoki brzuszne. W obecnym przypadku takie badanie byłoby niechybnie wywołało pęknięcie ropnia i śmierć, ponieważ zrosty nie chronią przed rozlaniem ropy. — Dr Alkiewicz z Pobiedzisk wspomina, że dentyści podczas ciąży niechętnie wyrywają zęby. Sam to czynił bez złych skutków. Wśród ludu istnieje zabobonna obawa przed rwaniem zębów w ciąży. — Dr Łazarewicz przyznaje, że w ostatnich miesiącach mogłoby rwanie zębów odruchowo zaszkodzić ciąży. W razie jednak ropowicy należy mimoto ząb wyrwać z obawy przed ogólnem zakażeniem.

3) Wobec spóźnionej pory cofa Dr Chłapowski swój odczyt: **„O wpływie soli na zapalenie nerek“,** wspomina natomiast **o odczynie spojówkowym** Calmettea i prosi o przysyłanie odpowiednich chorych do lecznicy Towarzystwa społeczno-higienicznego. — Dr Dandelski zaznacza, że już tego rodzaju próbami się zajmował. Uważa je za nieszkodliwe, jednakowoż przy starej gruźlicy odczyn zawodzi. — Łazarewicz odczyn ten uważa za mniej dokładny, niż przy wstrzyknięciu tuberkuliny.

Następują sprawy zawodowe. Dr Łazarewicz zdaje sprawę z nadzwyczajnej składki. Pozostały fundusz zostaje zachowany na nadzwyczajne wydatki Wydziału. Radca Dr Panieński zdaje sprawę z dalszego ciągu akcyi w sprawie wolnego wyboru lekarzy, od którego według projektu lipskiego Związku lekarskiego, Polacy lekarze mieli być usunięci. Wreszcie Dr Karwowski przypomina lecznicę Towarzystwa społeczno-higienicznego i prosi o przysyłanie do niej próbek lekarstw, nadsyłanych kolegom przez fabryki.

Zebranie w d. 6. XII. 1907 r.

W nieobecności prezesa zagaja zebranie sekretarz Dr Łazarewicz, zawiadamiając, że Radca Dr Gąsiorowski ofiarował Wydziałowi portret ojca swego. Dr Święcicki zaznacza, że ś. p. Dr Ludwik Gąsiorowski należał do najwybitniejszych lekarzy swojej doby, którego pamięć, jako serdecznego przyjaciela nieśmiertelnego Karola Marcinkowskiego, jako założyciela Towarzystwa ku ochronie biednych dzieci i t. d., głęboko zapisana jest w dziejach naszej dzielnicy.

1) Dr Skoczyński przedstawia chorego z lecznicy Towarzystwa społeczno-higienicznego z porażeniami i zmianami w dziedzinie czucia. Przed 3 laty chory uczuł drętwienie palców lewej nogi i począł powłóczyć nogą. W szpitalu sprawa się poprawiła i latem czuł się chory dobrze; jesienią znowu nastąpiło pogorszenie. Następnego lata miał się chory znów dobrze, aż obecnie osłabienie nagle z lewej nogi przeszło w prawą. Czucie obecnie

w lewej nodze jest prawidłowe, w prawej obniżone. Czucie dotyku niezmienione, brak czucia drgania diapazonu. Tego rodzaju objawy znamionują **uszkodzenie połowy rdzenia**, zdarzają się zaś **przy kile**. W istocie zbadanie cieczy rdzeniowej stwierdziło liczne limfocyty, a przeprowadzone przez Dra Karwowskiego badanie narządów stwierdziło w gruczołach łokciowych i przysutkowych znamienne obrzmienia, choć chory o przebytej kile nic nie wie i nigdy się nie leczył. Szybkie działanie jodu i rtęci potwierdziło rozpoznanie.

Dyskusya: Dr Łazarewicz zapytuje, jakiego rodzaju uszkodzenie kiłowe referent przypuszcza? — Dr Święcicki przypomina polską nazwę: »strojnik« zamiast diapazon. Według nowszych badań ciepło i zimno przewodzą osobne włókna nerwowe. S. zapytuje, czy badano kręgi weberowskie, oraz, czy podczas napadów odżywianie mięśni cierpiało, wreszcie jaka była sprawność pęcherza. — Dr Pomorski w przedstawionym płynie rdzeniowym widzi także komórki szpikowe (Markzellen) i zapytuje, czy referent badał chorego prądem galwanicznym. — Dr Skoczyński odpowiada: Z prac Goldscheidera wynika, że prawdopodobnie istnieją odrębne włókna nerwowe, przewodzące czucie ciepła i zimna. Przy syringomyelii czasami tylko jeden rodzaj czucia zamiera. Kręgi weberowskie są w danym przypadku nie zmienione (odnoszą się tylko do dotyku). S. nie zauważył zaniku mięśni. Ponieważ jeden kilak leży prawdopodobnie w okolicy XI. kręgu, drugi zaś (ramię było także lekko osłabione) w odcinku szyjnym rdzenia, nie potrzeba było badać odczynu zwyrodnienia prądem galwanicznym, ponieważ ośrodki dla kończyn dolnych leżą niżej. Przemijająco miał chory zaburzenia pęcherzowe. Limfocyty w płynie rdzeniowym zdarzają się także przy kile mózgu, wiądzie i porażeniu postępującem. — Dr Karwowski dodaje, że także przy półpaścu znaleziono limfocyty w płynie rdzeniowym, co w danym razie mogłoby pomylić rozpoznanie rzekomo kiłowych innych objawów. Wspomina także, że badania płynu rdzeniowego, podjęte przez niego i przez innych autorów celem odszukania krętków bladych przy wiądzie, dotąd nie dały wyniku, atoli, jak zaznacza też Dr Łazarewicz, znaleziono t. zw. antigeny. — Dr Skoczyński na zapytanie Dra Święcickiego dodaje jeszcze, że nie spostrzegał dotąd wpływu rtęci na limfocytozę płynu rdzeniowego.

2) Dr Łazarewicz przedstawia nowy **przyrząd Doederleina do pokrycia pola operacyjnego gaudaniną** po myciu formaliną benzynową Littauera. Do rąk najlepsze są rękawiczki gumowe.

W dyskusyi zaznacza Święcicki, że rękawiczki w razie nakłucia są o tyle niebezpieczne, że z rąk mogą się dostać zarazki do rany. S. radzi spróbować płynu Schumburga z kwasem azotowym, który unieruchomia zarazki na skórze. Główną zaletą przyrządu jest, że wałkuje znakomicie gaudaninę, a przez to tworzy cienką warstwę. — Dr Pomorski chwali wyniki Doederleina, zauważa jednak, że benzyna pali skórę. — Dr Karwowski podnosi mało wśród publiczności znane własności benzyny przy chorobach skóry. Benzyna znakomicie czyści skórę z resztek maści itd., a nawet w ostrym wyprysku rzadko kiedy pali. — Dr Łazarewicz wspomina o niewybuchającym benzynoformie; próbował płynu Schumburga, benzynę jednak uważa za lepszą. Do odkażenia skóry koniecznym jest wyskok.

3) Dr Pomorski podnosi z uznaniem, że prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz z okazyi ślubu swego ofiarował 1000 M. na »Pomoc koleżeńską«, Dr Święcicki zaś wspomina o tak miłym dla nas objawie sympatyi ze strony kolegów galicyjskich. Wreszcie przyjęto nowego członka Dra Łuczkowskiego z Miejskiej Górki. *Dr Adam Karwowski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy *ogłasza następującą odezwę:*

Sprawozdanie z administracyi znaczków receptowych za rok 1907 świadczy wymownie, że zapał do tej sprawy, początkowo duży, zmalał bardzo w ubiegłym roku. A przecież dochód ze znaczków przeznaczony jest na zaspokojenie najpilniejszej potrzeby zawodowej, na złagodzenie nędzy niezaopatrzonych wdów i sierót po zmarłych naszych kolegach. I zdawałoby się, że zapał dla tej sprawy róść powinien z roku na rok; niestety cyfry świadczą, że i na tem polu sprawdziła się nasza znana wada narodowa: działanie pod wpływem chwilowego zapału i uniesienia, dające w pierwszej chwili olśniewające wyniki, spadające jednak wnet do zera. Nie dlatego, by myśl okazała się złą, lecz dla braku wytrwałości i męskiego hartu. Ta wada, o którą się rozbijają w naszem skołatanem społeczeństwie i wielkie i małe przedsięwzięcia, ten nasz osławiony słomiany ogień jest przyczyną, że społeczeństwo nasze, zdolne do wielkich i szlachetnych, ale chwilowych porywów, nie umie jednak wydać z siebie silnych organizacyi, działających szereg lat z równą energią. Z temi wadami raz zerwać należy, jeśli nie mamy być pośmiewiskiem dla siebie i obcych.

My lekarze powinniśmy udowodnić, że ta choroba jest uleczalną, że wadę tę można usunąć, że potrzeba tylko chcieć zapanować nad sobą, że potrzeba ćwiczyć swą wolę. Zacznijmy od sprawy, tak żywo stan lekarski obchodzącej, od sprawy zbierania funduszu dla wdów i sierót po naszych kolegach. A więc 1) kupujmy znaczki receptowe, ale tak, aby każde następne sprawozdanie wykazywało coraz większą liczbę sprzedanych znaczków. 2) Składajmy na ten cel datki noworoczne. 3) Działajmy na innych, by w tym duchu postępowali. 4) Wzbudźmy zajęcie dla tej sprawy w kołach przemysłowych (wyrób środków krajowych, zarządy kąpielowe, wody mineralne i t. d.) i nakłaniajmy je do systematycznego używania znaczków 1-halerzowych na swych wyrobach[1]). Tak postępując, dowiedziemy, że wada »słomianego ognia« da się wyplenić; a wyplenienie jej to fundament nietylko przyszłości zawodowej, ale i przyszłości narodowej.

Z Wydziału Tow. Samopomocy.

Sekretarz *Dr Flis.* Wiceprezes *Dr Damski.*

Zjazd Związku galicyjskich lekarzy rządowych odbył się 27. i 28. XII. 1907 we Lwowie. Na pierwszem posiedzeniu miał Dr Obtułowicz odczyt **o potrzebie nowej ustawy o zakładaniu i utrzymywaniu cmentarzy.** Porównawszy przestarzałe po części, a wogóle niedostateczne przepisy austryackie z przepisami niemieckimi i wymogami współczesnej higieny, przedłożył prelegent wnioski, aby ustawa przepisywała zakładanie i utrzymywanie cmentarzy zasadniczo w każdej gminie (wyjątek mogłyby stanowić tylko gminy małe i od cmentarza najdalej 3 klm. odległe), chowanie zmarłych na choroby zakaźne na cmentarzu miejscowym, zezwalanie na ekshumacyę i przewożenie takich zwłok najwcześniej po roku, przewożenie zmarłych na choroby niezakaźne na odległość ponad 7 klm. za interwencyą starostwa; dalej, aby ustawa uprościła sposób postępowania przy wywłaszczaniu gruntów na cmentarze, które powinny być zakładane w oddaleniu najmniej 100 m. od budynków mieszkalnych i większych gościńców. — Po obszernej dyskusyi, w której przemawiali Dr Jabłoński, Dzikowski, Kramarzyński, Bory, Czyżewicz, Lachowicz, Wurst, Jarocki, Gawlikowski, Szajnowski, Szczepański i Krzyżanowski, przekazano wnioski prelegenta Wydziałowi Związku celem szczegółowego opracowania i przedłożenia Namiestnictwu lub Krajowej Radzie zdrowia.

W drugim dniu Zjazdu przedstawił R. dw. Dr J. Merunowicz: **Nowsze poglądy na dur brzuszny i sposoby zapobiegania szerzeniu się tej choroby.** W wykładzie tym, rozpatrzywszy historyę poglądów epidemiologicznych, zwrócił prelegent uwagę na wyniki badań najnowszych i na oparte na nich zdanie, które przeważało na ostatnim międzynar. Zjeździe higienicznym w Berlinie, że w szerzeniu się duru nie odgrywa woda do picia roli tak bardzo przeważnej, jak do niedawna sądzono, lecz że wielkie znaczenie mają stosunki lokalne i bezpośrednie lub pośrednie zakażanie się od chorych. Prelegent zaleca przeto, by przy zwalczaniu duru nie ograniczać się do nadzoru nad wodą do picia, mlekiem i t. d., lecz starać się także o ogólną poprawę stosunków sanitarnych. — W obszernej dyskusyi, w której przemawiali: Dr Barzycki, Nycz, Bory, Dzikowski, Gawlikowski, Sękiewicz, Merunowicz jun., Kramarzyński, Obtułowicz, Lachowicz i Czyżewicz, podnoszono, że uwzględniając najnowsze poglądy badaczy niemieckich, nie należy ich jednak przeceniać i że z dotychczasowych środków zapobiegawczych nie należy żadnego pomijać; wskazano też na to, że niektóre epidemie u nas są prawdopodobnie epidemiami paratyfusu, związanemi z zatruciami zepsutem mięsem; dokładnie jednak częstości paratyfusu niestety określić nie można wobec braku zakładu badania chorób zakaźnych, który byłby w Galicyi konieczny i który powinien założyć rząd.

[1]) Zamówienia na znaczki receptowe, recepty ze znaczkami, rachunki lekarskie i na znaczki 1-halerzowe nadsyłać należy do Towarzystwa Samop. lekarzy — Radziwiłłowska 4 — jak również i datki noworoczne.

W dalszym ciągu przyjął Zjazd sprawozdanie Wydziału Związku (sprawozdawca Dr Obtułowicz), sprawozdanie kasowe (nadwyżka kasowa 991 K.), uchwalił wysłać z początkiem roku 1908 do władz i klubów parlamentarnych w Wiedniu deputacyę, która przedłoży postulaty lekarzy rządowych, wydrukować i rozesłać posłom memoryał w tej sprawie, przyczem solidarnie ze Związkiem galicyjskim ma postępować Związek lekarzy rządowych Bukowiny. Wreszcie polecono Wydziałowi, aby wyjednał u władz ankietę, któraby zbadała zasady projektowanej ustawy państwowej o zwalczaniu chorób zakaźnych ze względu na interesa i stosunki naszego kraju. (Uchwała ta zgadza się z uchwałą Tow. lek. krakowskiego w tejże sprawie). Na rok 1908 wybrano Wydział Związku w tym samym składzie i uchwalono wkładki w dotychczasowej wysokości (1/2 prc. pensyi). Na fundusz wdów i sierót po lekarzach rządowych zebrano składkę 100 K., a Dr Barzycki ofiarował na ten cel dochód z dalszej rozprzedaży swego dzieła p. t. »Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych«, za co Mu Zjazd wyraził gorące podziękowanie. *C.*

Towarzystwo wzajemnej pomocy lekarzy *przesyła nam następujące pismo z prośbą o ogłoszenie:*

W dniu 18. XII. 1907 odbyło się we Lwowie w obecności adwokata krajowego Dra Włodzimierza Tuckiego I. Walne Zebranie członków nowozawiązującego się Tow. Wzaj. Pom. lek. gal., stowarzyszenia zarejestrowanego z ograniczoną poręką, którego głównym celem jest wprowadzenie funduszu emerytalnego lekarskiego i administracya tymże funduszem. — Ogólna cyfra dotychczasowych definitywnych deklaracyi przystąpienia, jakoteż warunkowych deklaracyi, nadesłanych przez zwolenników idei Towarzystwa, wynosi 128, zgłoszonych przeważnie przez lekarzy, należących do Izby wschodnio-galicyjskiej, gdzie głównie przeprowadzono agitacyę.

I. Walnemu Zebraniu przewodniczył Dr Jan Porajewski z Liska, sekretarzem zaś był Dr Juliusz Linsker ze Stryja. — Po zasięgnięciu opinii adwokata co do kompetencyi zgromadzenia, powzięto następujące ważne uchwały, obowiązujące ogół definitywnie zdeklarowanych członków: 1) Towarzystwo Wzaj. Pomocy zostaje niniejszem powołane do życia z programem, określonym we wstępnem przemówieniu Dra Adolfa Wątorka ze Lwowa. — 2) Walne Zebranie upoważnia Dra A. Wątorka do zmodyfikowania przy pomocy syndyka Towarzystwa i prawników pierwotnego projektu statutu Towarzystwa w myśl życzeń większości zdeklarowanych członków, wyrażonych w czasie półrocznej agitacyi, przedsięwziętej przez Dra A. Wątorka, i do rozesłania zmodyfikowanego statutu Towarzystwa wszystkim zdeklarowanym członkom celem zasięgnięcia ich opinii, tak, aby tekst statutu w zupełności wykończony, mógł być na II. Walnem Zebraniu Towarzystwa, po ostatecznej dyskusyi na temże Zebraniu definitywnie przyjęty i przez notaryusza w sądzie handlowym w rejestr wpisany. — 3) Wyznacza się ścisły termin II. Walnego Zebrania Towarzystwa na dzień 25. stycznia 1908 (sobota).

Dr Adolf Wątorek,
tymczasowy kierownik i organizator Tow. Wzaj. Pom. lek. gal.

Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie, obecnie liczące 366 członków, doszło ku końcowi pierwszego roku swego istnienia (1907) prawie całej pełni swej działalności.

Zarząd stanowią następujący koledzy: Dunin (prezes), Nussbaum (wiceprezes), A. Przyborowski (skarbnik), Bronowski sekretarz), Chełchowski, Bronisław Sawicki, Szumlański, Jakimiak, Hewelke, Kosmowski, Sokolowski i Leśniowski.

Zorganizowane zostały i działają następujące komisye: I. Sąd koleżeński, który tworzą: Nussbaum (prezes), Jakimiak (wiceprezes), Winiarski (sekretarz), Gabszewicz, Kamocki, Ciechomski, Bronowski, E. Zieliński, Bączkiewicz, Dobrzycki, Jaworski, Gajkiewicz, Łapiński, Giedroyć i Męczkowski. II. Komisya rewizyjna: Fr. Kijewski, Kucharzewski, Sadowski i Adam Cięgliński. III. Komisya wyborcza: Kozerski (prezes), Ciechomski, Gabszewicz, Bączkiewicz, Sławiński, Brunner Wł., Kuczyński, Leśniowski, Gajkiewicz, Kamieński, Przyborowski A., Horodyński, Rzętkowski, Staniszewski, Korniłowicz, Zembrzuski L., Żurakowski Witold, Ryłko, Flatau, Dąbrowski Witosław, Dytel, Rajchman, Gruszczyński i Erbrich. IV. Komisya dla opracowania projektu Kasy i ubezpieczeń dla lekarzy: Dunin, Sokołowski, Szumlański, J. Zawadzki, Winiarski, Lubliner, Manduk, Dobrski i Luxenburg. V. Komisya dla opracowania projektu pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej: St. Markiewicz, Biro, Łazarowicz, Paderewski, Polak, Winiarski, Żenczykowski, Chełchowski i inżynier Simon. VI. Komisya t. zw. handlowa: Sawicki (prezes), Rejchstejn, Barszczewski, Rzętkowski, A. Żurakowski, A. Przyborowski, Leśniowski, Kurtz i Sierpiński. VII. Komisya t. zw. towarzyska: Szumlański, Kozerski, Lipszyc, Kaczkowski, Kurtz, Kucharzewski, Rembieliński i Skowroński

Prócz powyżej przytoczonych komisyi czynne są: *A.* Koło lekarzy szkolnych. *B.* Wydział spraw bytu materyalnego lekarzy, w których udział członków Stowarzyszenia nie jest ograniczony. Prezesem Koła lekarzy szkolnych jest kol. St. Markiewicz, sekretarzem zaś kol. Knappe. Sekretarzami zaś Wydziału spraw bytu materyalnego lekarzy są koledzy J. Zawadzki i Łazarowicz.

Cel i działalność dotychczasową poszczególnych komisyi należy wyjaśnić w kilku słowach. Komisya dla opracowania projektu Kasy i ubezpieczeń dla lekarzy wypracowała projekt Kasy chorych lekarzy. Według tego projektu potrzebna suma dla Kasy ma być zebrana przez opodatkowanie recept i blankietów lekarskich Ponieważ jednakże projekt ów ze względu na sposób opodatkowania się spotkał się na zebraniu ogólnem stowarzyszonych w d. 2. XI. 1907 z różnymi zarzutami, przyczem zalecano opodatkowanie się od dochodów z praktyki lekarskiej, przeto zarząd Stowarzyszenia uchwalił zaprosić stowarzyszonych jeszcze na kilka zebrań, na których będą rozpatrzone dokładnie oba sposoby opodatkowania się. Rzecznikiem opodatkowania się od recept i blankietów jest kol. J. Zawadzki, rzecznikiem zaś opodatkowania się od dochodów kol. Rosenberg. — Komisya dla opracowania projektu pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej zajmowała się dotąd głównie krytyką projektu rządowego pom. lek. dla ludności fabrycznej, który miał być przedstawiony byłej drugiej Dumie państwowej. Swoje zarzuty i umotywowane postulaty przesłała w swoim czasie komisya przedstawicielstwu polskiemu w drugiej Dumie w Petersburgu. Następne zaś prace komisyi będą poświęcone wypracowaniu własnego projektu pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej Królestwa Polskiego. — Komisya t. zw. handlowa ma za zadanie utworzyć przy »Stowarzyszeniu«: 1) skład najpotrzebniejszych artykułów lekarskich, 2) biuro pośrednictwa sprowadzania przedmiotów niezbędnych, jak książki, czasopisma, narzędzia, oraz wysyłania narzędzi do naprawy. Po kilku posiedzeniach uchwaliła komisya na razie wejść w porozumienie z firmami już istniejącemi w Warszawie, ofiarując im tytuł dostawcy »Stowarzyszenia lekarzy polskich« w zamian za: *a*) pewne ustępstwa cen dla członków »Stowarzyszenia«; *b*) dostarczanie i trzymanie na składzie żądanych przedmiotów; *c*) poddanie się kontroli co do gatunku sprowadzanych materyałów. — Komisya t. zw. towarzyska ma na celu urządzać rozrywki i zebrania towarzyskie członków »Stowarzyszenia« w lokalu własnym. Dotąd odbyły się dwa nader liczne i ożywione zebrania koleżeńskie. W d. 2. I. 1908 ma się odbyć wspólna koleżeńska »choinka«. — Wydział spraw bytu materyalnego lekarzy zorganizował 7. XI. 1907 komisye dla poszczególnych spraw, o czem »Przegląd« donosił już poprzednio. Obradowano też już nad sprawą stosunku lekarzy do publiczności; referowali koledzy: Chrostowski, Dunin i Wisłocki. Opracowane już sprawy będą przedstawiane zarządowi »Stowarzyszenia«, który (w razie potrzeby po ponownych obradach na konferencyach ogólnych) przedstawi je ogólnemu Zebraniu dla zatwierdzenia (resp. odrzucenia) i wprowadzenia w życie. — Koło lekarzy szkolnych zajmuje się higieną szkolną i sprawami lekarskiemi ze szkolnictwem związanemi. Koło odbyło już kilka posiedzeń, na których wygłoszono kilka referatów. Sprawę z działalności Koła zdawać będzie w »Przeglądzie« uproszony kol. W. Knappe. *Dr S. Bronowski.*

Miejskie biuro sanitarne w Jarosławiu ogłosiło sprawozdanie za r. 1906, zestawione pracowicie przez dra S. Rossbergera, II. lekarza miejskiego, a przejrzane przez Dra Turzańskiego, lekarza naczelnego. Jarosław, liczący obecnie 24.906 ludności na przestrzeni 2747 ha miał w r. 1906 śmiertelność ogólną 21·5‰, ludności miejscowej 11·9‰. Najznaczniejszą była śmiertelność z gruźlicy i choleryny niemowląt. Choroby zakaźne, grasujące w drugiej połowie roku (odrę, płonicę) zwalczano środkami, jak ze sprawozdania wynika, bardzo energicznymi. W ciągu całego roku nie było ani jednego przypadku ospy, ani duru brzusznego (niewątpliwie dzięki troskliwemu nadzorowi nad studniami i t. d.). Zbliżająca się cholera dała pożądaną sposobność do całego szeregu skutecznych zarządzeń asanacyjnych. Z dzieci (418), które należało szczepić krowianką, uchyliło się od szczepienia tylko 8. Równie godny pozazdroszczenia był wynik działalności biura sanitarnego co do nadzoru nad środkami spożywczymi: wykonano rewizyi sanitarnych 742, na ich podstawie odbyło się 112 rozpraw karnych, zakoń-

czonych w 79 przypadkach zasądzeniem winnych, 34 konfiskatami i 2 razy zamknięciem lokalu. (I sędziów można Jarosławiowi zazdrościć!) Sprawozdanie zawiera dalej dane o nadzorze nad prostytucyą, leczeniu ubogich, szpitalach, studniach (których prowadzi się ewidencya), ruchu budowlanym, czyszczeniu miasta, higienie szkół, a kończy się szeregiem praktycznych wniosków. *R.*

(Gdybyżto wszystkie nasze większe miasta prowincyonalne pójść chciały za przykładem tych kilku, które zdają sprawę z pracy swych lekarzy i jej wyników, a do których teraz przybywa Jarosław! Ogłaszanie sprawozdań sanitarnych ze wszystkich naszych miast dałoby nietylko obraz ich stanu i postępu pod tym względem, dziś jeszcze niejasny, ale, co ważniejsza, przyniosłoby tę ogromną korzyść praktyczną, jaką zapewnia każda publiczna kontrola i każda szlachetna emulacya. Lekarze miejscy na prowincyi, starając się o ogłaszanie swych sprawozdań, mieliby zarazem w ręku dobry środek, aby dodać bodźca do energiczniejszej pracy i większej ofiarności zarządom gmin, na polu sanitarnem opieszalszym. Od kilku lat posiadamy też sposób, aby cenny materyał, jaki stanowić mogą takie sprawozdania miejskich biur sanitarnych, nie rozpraszał się w ulotnych broszurach; zbierałby się on w jednem ognisku, gdyby te miasta, które ogłaszają już swe sprawozdania sanitarne i te, które do ich ogłaszania się poczują, zechciały kwoty, obracane na druk sprawozdań, przeznaczyć na subwencyę dla lwowskiego »Przeglądu higienicznego« z warunkiem, by za to w swoich łamach owe sprawozdania pomieszczał. Miasta nie wydałyby przez to wiele więcej na swoje sprawozdania, z którychby łatwo otrzymać mogły odbitki, a w »Przeglądzie«, bez obarczania go żadnym ciężarem, możnaby mieć istotnie przegląd stosunków higienicznych naszych miast. Złączone z tem zwiększenie ram pisma pozwoliłoby może nawet uzyskać na druku pewne oszczędności, któreby »Przeglądowi« posłużyły do dalszego rozwoju. Myśl, tu rzucona, dałaby się, sądzę, łatwo urzeczywistnić.

By jednak więcej naszych miast prowincyonalnych zechciało poświęcić corocznie pewną sumę na druk sprawozdań sanitarnych, trzebaby przykładu z góry. A tymczasem w Krakowie nic nam niewiadomo o takich sprawozdaniach fizykatu, a we Lwowie pierwsza próba (może zbyt szeroka, ale usprawiedliwiona zeszłorocznym Zjazdom lek. i przyr. polskich) wywołała w Radzie miasta widoczne »oszczędnościowe« niezadowolenie. A przecież poprostu wstydem jest, że w tak ważnej sprawie miasta nasze »stołeczne« dają się ubiedz nawet innym miastom w kraju, nie mówiąc o zagranicy! *Ciechanowski*).

Nieczytelność recepty lekarskiej dała niedawno w Berlinie powód do procesu karnego. Oskarżonym o uszkodzenie ciała i przekroczenie przepisów aptekarskich był pomocnik aptekarski. Skarga była wynikiem całego szeregu nieporozumień, wywołanych nieczytelnością recepty. Pewien kupiec zachorował na czeraki. Lekarz przepisał mu przetwór drożdży piwnych, zwany »furunkulin«. Z recepty, bardzo nieczytelnej, odcyfrował aptekarz przy pomocy lupy pierwszą głoskę »fo« — (bo w dodatku lekarz zamiast »furunkulin«, napisał »forunkulin«) — i koniec słowa »lin«, a z farmakopei przekonał się, że istnieje tylko jedyny przetwór, którego nazwa zaczyna się na »fo«, a kończy na »lin«, a mianowicie »formalin«, stosowany tylko zewnętrznie. Tak też odczytał receptę drugi aptekarz, przyzwany do rady. Wydano więc formalinę, przylepiając na flaszeczce znaczek: »zewnętrznie«. Mimo napisu na flaszeczce zażywał chory kupiec lek wewnętrznie łyżeczkami od kawy i z tego powodu kilka dni chorował. W sądzie pierwszej instancyi dowodził obrońca, że jest powszechnym zwyczajem w aptekach, iż nieczytelne recepty odczytuje kilku aptekarzy, a jeśli się w odczytaniu godzą, lek się bez zastrzeżeń wydaje. W drugiej instancyi znawcy potwierdzili to, co w pierwszej wywodził obrońca. Sąd jednak orzekł, że aptekarz jest bezwzględnie obowiązany przestrzegać przepisu ustawy, zalecającego wyraźnie, by aptekarz w przypadkach wątpliwych zawsze zwracał się do lekarza ordynującego i lek wydawał dopiero po jego wyjaśnieniu. Uwzględniono jednak okoliczności łagodzące i skazano oskarżonego na 20 marek grzywny. *Stahr.*

Wyrok saskiego lekarskiego sądu honorowego potępił pewnego lekarza za to, że na szyldzie swoim umieścił dopiski »On parle français« — »English spoken«, bo dopiski te są zdaniem sądu reklamą, niegodną stanu lekarskiego. Nie wszyscy jednak lekarze godzą się na to zapatrywanie sądu, a to dlatego, że w dopiskach tych dopatrują się nie reklamy wiadomości lekarskich, tylko wiadomości językowych. *Stahr.*

W sprawie tajemnicy lekarskiej. Przedstawienie pewnego przypadku w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem wysunęło znowu na porządek dzienny sprawę tajemnicy lekarskiej. Jeden z członków przedstawiał przypadek zbrodniczego sztucznego poronienia z obrażeniem macicy. Przewodniczący Towarzystwa przerwał demonstracyę, wychodząc z założenia, że w ten sposób podaje się do wiadomości publicznej zbrodnię, powierzoną lekarzowi tylko w zaufaniu, i oświadczył, że wzmiankę o demonstracyi skreśli z protokołu posiedzenia. Na drugi dzień jednak rozmyśliwszy się, zawiadomił prelegenta, że doniesienie jego w całości zostanie pomieszczone w protokole. Sprawę tę możnaby uważać za załatwioną, gdyby przy tej sposobności nie było powstało nowe pytanie, o ile publikacye naukowe mogą stać w sprzeczności z tajemnicą lekarską i o ile ich w takim razie należy unikać. Pytanie to ma dwie strony: prawną i etyczną. Prawo łatwo zadowolnić. Odpowiedni przepis ustawy grozi lekarzowi karą pieniężną lub więzieniem, jeśliby zdradził bez pozwolenia tajemnice prywatne, które mu powierzono z tytułu jego urzędu, stanowiska lub zawodu. Otóż jeśli lekarz ogłasza jakiś przypadek drukiem lub przedstawia na posiedzeniu w Towarzystwie naukowem tak, że nikt nie może poznać przedstawianej osoby, jeśli nadto odbywa się to za zgodą chorego, to żaden sędzia nie znajdzie znamion przestępstwa. W danym przypadku naturalnie nie wymieniono nazwiska chorej, powiadomiono ją naprzód, co się z nią stanie, zgodziła się na demonstracyę, wśród której miała twarz zupełnie zasłonioną i zgodziła się nawet na to, że ją w osobnym pokoju w obecności jej ordynaryusza kilku lekarzy zbada. Podniesiono jednak w danym przypadku zarzuty natury etycznej, a mianowicie, czy przecież nie było możliwem poznać przedstawioną osobę i czy zatem w ten sposób mimowoli lekarz nie zdradził tajemnicy. Możliwości tej nie można stanowczo wyłączyć; posiedzenia naukowe, chociaż się odbywają w zamkniętem kole, nie są od świata zewnętrznego oddzielone nieprzebytym murem. Prelegent dzieli się swemi tajemnemi wiadomościami z całem gronem obecnych, a są Towarzystwa liczące i wyżej 1000 członków. Wprawdzie słuchacze — koledzy są moralnie obowiązani, równie jak wykładający, do zachowania tajemnicy, ale prawo za złamanie tajemnicy nie może ich ścigać, nadto zawsze w sali wykładowej może się znaleźć przypadkiem nie lekarz, n. p. służący lub pomocnik lekarski, a wreszcie przecie łatwo ktoś może widzieć przedstawianą chorą, kiedy wchodzi do domu Towarzystwa lekarskiego i potem łatwo się domyśleć, o kogo idzie. A więc możliwość mimowolnego zdradzenia tajemnicy istnieje. Co wobec tego robić? Oto przedstawiać takie przypadki ile możności jak najostrożniej. Należy tu przypomnieć o jednym sposobie publikowania, który tych ostrożności wymaga jak najwięcej, a mianowicie o fotografowaniu. Często w pismach widzimy fotografie osób chorych takie, że z nich nadzwyczaj łatwo można je poznać, może często wbrew ich życzeniu i interesowi, n. p. z wrzodami kiłowymi lub osutkami twarzy. I dlatego powinno się fotografować twarz, jeśli tego już koniecznie potrzeba, tylko częściowo. *Stahr.*

Z państwa partactwa lecznicznego. Według sprawozdania saskiego kollegium medycznego za r. 1905 liczba partaczy, która w r. 1903 wynosiła 1065, w roku 1904 opadła na 991, a podniosła się znowu w r. 1905 do 1132. Znacznie więcej przybyło w r. 1905 Saksonii partaczy, niż lekarzy. *Stahr*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 22. do 28. XII. 1907 doniesiono o 17 nowych przypadkach duru plamistego w 6 gminach, a mianowicie: pow. Gródek (Uherce niezabitowskie 7), Jaworów (Zawadów 4, Hruszowice 1, Drohomyśl 1), Czortków (Rydoduby 3), Sniatyn (Dżurów 1). *T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. do 28. XII. 1907 było przypadków: płonicy 1, duru brzusznego 2 † 1, krztuśca 5, błonicy 3 † 1, ospianki 1, nagm. zapalenia ślinianek 2. *W.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 15. do 22. XII. 1907 było przypadków: błonicy 2, krztuśca 7, płonicy 26 † 1, odry 9, duru osutkowego 1 (obcy), duru brzusznego 2, nagm. zapalenia opon † 2. — Od 22. do 28. XII. 1907 było przypadków: błonicy 2, krztuśca 2 † 1, płonicy 28 † 1 (w tem obcych 1 † 0), odry 11 † 1 (2 † 0), duru osutkowego 1 (1), duru brzusznego 3 (3), nagmin. zapalenia opon † 1. *L.*

Cholera w Kijowie wygasła.

Wiadomości bieżące.

Lwów. Uroczyste posiedzenie jubileuszowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się 28. XII. 1907 w tymsamym gmachu ratuszowym, w którym przed 40 laty zebrali się lekarze lwowscy dla zawiązania Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Na posiedzenie przybył Prezydent miasta, p. Ciuchciński, delegaci: Towarzystwa lek. krakowskiego prezes Dr Borzęcki, Wydziału lek. poznańskiego Towarzystwa przyjaciół nauk i Redakcyi »Nowin lekarskich« Radca Dr Franciszek Chłapowski, Redakcyi »Przeglądu lekarskiego« Prof. Dr Ciechanowski, wszystkich lwowskich korporacyi lekarskich z dziekanem Wydziału lek. Prof. Bądzyńskim, prezydentem Izby lekarskiej i kraj. Rady Zdrowia Dr Festenburgiem i prezesem Rady Zaw. Towarzystwa lek. galic. R. Dw. Dr Merunowiczem na czele, Prof. Dr Browicz z Krakowa, przedstawiciele kilkunastu prowincyonalnych sekcyi Towarzystwa lek. galic., wśród nich posłowie Dr Jabłoński i Wurst, dalej Dr Danielski, Dzikowski, Hirschler, Milewski, Momidłowski, przedstawiciele kół lekarskich wojskowych, Towarzystw farmaceutycznych pp. Sklepiński, Włodzimirski, Dr Piepes-Poratyński, Towarzystwa higienicznego lwowskiego prezes Dr Obtułowicz i t. d. Wszystkie polskie Towarzystwa i czasopisma lekarskie nadesłały pisma i telegramy gratulacyjne. Posiedzenie zagaił prezes Towarzystwa lek. lwowskiego, Prof. Dr Głuziński, podniosłem przemówieniem, w którem ujął treściwie dzieje i podniósł znaczenie polskich Towarzystw lekarskich wogóle, scharakteryzował dotychczasową działalność Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i nakreślił zadania jego w najbliższej przyszłości. Następnie ogłoszone zostały nazwiska mianowanych przez Towarzystwo lek. lwowskie członków honorowych. Są nimi: Profesorowie Baranowski i Kosiński z Warszawy, Dr Biegański z Częstochowy, Dr Święcicki z Poznania, Dr Leon Szuman z Torunia, Prof. Browicz i Dr Kwaśnicki z Krakowa, Prof. Laskowski z Genewy, p. Curie-Skłodowska z Paryża, Dr Festenburg, i R. dw. Dr Merunowicz ze Lwowa. — Sekretarz stały Towarzystwa, Doc. Dr Herman, odczytał napisany przez siebie barwny zarys trzydziestoletniej historyi Towarzystwa, a w końcu Prof. Popielski wyłożył rzecz: »O jodowitych ciałach prawidłowego ustroju«, streszczając w tym wykładzie doniosłe wyniki kilkuletniej swej pracy w tym przedmiocie.

Po posiedzeniu odbyła się biesiada, przy której przemawiali: prezes Tow. lwowsk. Prof. Głuziński, prezydent miasta p. Ciuchciński, dalej Dr Chłapowski z Poznania, Dr Borzęcki i Prof. Ciechanowski z Krakowa, Prof. Ziembicki, Prof. Bądzyński, Prof. Sieradzki, p. Sklepiński, p. Poratyński, Dr W. Ziembicki i in. Szereg przemówień zamknął pełnym głębokich myśli i serdecznego ciepła toastem Prof Bylicki.

— Według zestawienia, ogłoszonego w Nr 5 »Dziennika Zjazdu« uczestniczyło w X. Zjeździe lekarzy i przyr. polskich we Lwowie 1,222 osób, z nich ze Lwowa około 400, z Krakowa 95, z Galicyi 245, z Warszawy 110, z Królestwa Polsk., Litwy i Rosyi 240, z Poznańskiego 32, ze Stanów Zjedn Ameryki 30, z innych państw 70.

— Sekcya sanitarna Rady miejskiej lwowskiej uchwaliła, że należy dążyć do stworzenia dla lekarzy miejskich osobnych lokali ordynacyjnych w domach, które mają być zbudowane dla komisaryatów dzielnicowych miasta. Ubodzy chorzy mogliby przez to łatwiej korzystać z bezpłatnej porady lekarzy miejskich, którzy już teraz porad takich udzielają rocznie około 24,000. (W roku 1906 wypadło na każdego z 7 lekarzy 8·2 porad i jedno świadectwo lekarskie dziennie). Na razie na utrzymanie lokalu ordynacyjnego zaleca sekcya przyznać lekarzom po 500 K rocznie.

— Doc. Dr Gabryszewski i Dr Wojtkowski otwarli zakład Zanderowski.

Kraków. *Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o ogłoszenie:*

Podpisani lekarze, praktykujący w Zakopanem, zebrani w dniu 18. listopada 1907 r. dla naradzenia się nad sposobem pożegnania kolegi Dra Tomasza Janiszewskiego, który Zakopane opuszcza, uchwalili poświęcić to posiedzenie omówieniu działalności kol. Janiszewskiego dla dobra i rozwoju Zakopanego, zamiast zaś zwyczajowego bankietu postanowili złożyć 275 K na Jego ręce na cel, jaki on uzna za właściwy. Ten sposób pożegnania wydał się nam najodpowiedniejszym, bo uznanie pracy poważnej — powinno mieć charakter poważny.

A była to praca świadoma celu i dziwnie wytrwała. Z obranej raz drogi prostej, a daleko wiodącej, nie zeszedł ani na krok, mimo stałych i przykrych przeciwności, bo u celu widział wymarzony rozkwit tego kąta górskiego, który prawdziwie i głęboko ukochał. Niespożyty zasób sił włożył w torowanie tej drogi, ciężkimi głazami przesądów, prywaty i nieświadomości zawalonej, a chociaż niemożliwem było w krótkim stosunkowo czasie pousuwać je wszystkie, to wskazał nam i cel tej pracy i dał przykład żelaznej wytrwałości. Pierwszy nakreślił szeroki plan prac, koniecznych dla rozwoju Zakopanego i czy to na stanowisku lekarza Stacyi klimatycznej, czy jako członek Komisyi klimatycznej, czy jako radny gminny, czy jako współpracownik bardzo wielu komisyi i Towarzystw, czy wreszcie jako lekarz praktykujący, konsekwentnie i wytrwale do jego urzeczywistnienia dążył.

I dzisiaj daleko nam jeszcze do końca dzieła, ale idziemy wytkniętym już przez niego szlakiem i idziemy razem, gdy on tymczasem, początkowo sam, wbrew silnym przeciwnym prądom, bez wypoczynku pracował. To krótkie streszczenie Jego owocnych wysiłków niech będzie dowodem uznania i zrozumienia Jego działalności.

Dr Edmund Brzeziński, Dr Zdzisław Czaplicki, Dr Wacław Kraszewski, Dr Jan Gawlik, Dr Józef Żychoń, Dr Antoni Kuczewski, Dr Edmund Majewicz, Dr Kazimierz Dłuski, Dr Bronisława Dłuska, Dr Aleksander Januszkowski, Dr Jan Bednarski.

— *Otrzymujemy następujący list z prośbą o umieszczenie:*

Dr Sędziak robi mi zarzut, że dowodzenie moje nie ma podstaw naukowych i nie wytrzymuje krytyki (»Przegląd lek.« Nr 51, 1907); zarzut ten uważam za nienależący do krytyki naukowej. *Doc. Dr Zalewski.*

— *Czytamy w dziennikach krakowskich:*

»W sierpniu 1907 zwróciła się dyrekcya szpitala św. Łazarza wraz z prymaryuszami wszystkich oddziałów i komitetem szpitalnym do Wydziału krajowego z propozycyą, ażeby mieszkania, opuszczone przez sekundaryuszów, zajęli lekarze-praktykanci, gdyż nieodzownem jest, ażeby w szpitalu mieszkało tylu lekarzy, ile jest oddziałów, jak to bywa nawet w najnędniejszych szpitalach Europy; w przeciwnym bowiem razie chorzy pozostawaliby bez dostatecznej opieki lekarskiej, a szpital spadłby do rzędu przytułku Brata Alberta. Na to Wydział krajowy wydał rozporządzenie, że mieszkania te można wynajmować lekarzom szpitalnym (praktykantom), ściągając im jednak z pensyi, wynoszącej 600 K rocznie, dwieście (200) koron tytułem czynszu; tym zaś, którzy nie pobierają żadnej pensyi, nie można wynajmować mieszkania, prawdopodobnie dlatego, ponieważ niema zapewnienia ściągnięcia od nich owych 200 kor. Dziwne to rozporządzenie, wykazujące jaskrawo, że Wydziałowi kraj. nie zależy zupełnie na chorych, lecz że chce robić na szpitalu interesa, wywołało oburzenie wśród lekarzy, protesty ze strony dyrekcyi, prymaryuszów i komitetu szpitalnego, a na zgromadzeniu praktykantów szpitalnych, którzy są wprost wyzyskiwani przez Wydział krajowy, a których głównie dotyczy to rozporządzenie, zapadła rezolucya, protestująca energicznie przeciwko takim rozporządzeniom, niesłychanym w dziejach szpitalnictwa«.

— Dr Merz, Staszewski i Z. Wachtel otwarli lecznicę ortopedyczno-chirurgiczną i zakład Zanderowski.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Gustaw Nowotny z Mikołajowa.

— Rada powiatowa mielecka uchwaliła dla uczczenia jubileuszu 60-letnich rządów cesarza Franciszka Józefa ufundować szpital w Mielcu.

Warszawa. Ankieta w sprawie żywienia chorych w szpitalach miejskich, złożona z lekarzy szpitalnych, urzędników wydziału szpitalnego magistratu, sióstr miłosierdzia i starszego cechu kucharzy, obradowała pod przewodnictwem prezydenta miasta w d. 17. i 23. XII. 1907 i uchwaliła podnieść kwotę, przeznaczoną na jednego chorego, z 22 na 32 kopiejki dziennie.

— »Przegląd filozoficzny« wydał jako IV zeszyt swego X. Rocznika »Księgę pamiątkową Sekcyi filozoficznej X. Zjazdu lekarzy i przyr. polskich«, zawierającą 30 wygłoszonych w sekcyi wykładów.

— Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi ogłosiło odezwę, w której zachęca do wspólnej pracy około stworzenia zakładu dla upośledzonych umysłowo (głuptaków). Zakład swój w Drewnicy rozszerza Towarzystwo ze 120 na 200 chorych; wkrótce też rozpocznie budowę sanatoryum dla ubogich nerwowo chorych na gruntach, darowanych przez ś. p. Feliksa Bobrowskiego.

— Dzienniki warszawskie donoszą, że jedna ze znanych rodzin łódzkich postanowiła ufundować w Łodzi kosztem pół

miliona rubli szpital dla dzieci, którego plany opracował już architekt p. Landau, a którego budowa ma się rozpocząć już z wiosną r. b. Nazwisko fundatorów ma pozostać do czasu tajemnicą.

Z różnych stron. Ciekawy przyczynek historyczny ogłosił w zbiorze swych szkiców historycznych p. Ludwik Glatman p. t. »Doktorka medycyny i okulistka polska w XVIII. wieku w Stambule« (Kraków) na podstawie nieznanego pamiętnika Salomei Reginy de Pilsztynowej. Urodzona w r. 1718 w woj. Nowogrodzkiem wyszła w 13 r. ż. za okulistę niemieckiego Halpira, praktykującego w Stambule, od którego nabywszy wiadomości i biegłości w sztuce, zdobyła sobie wkrótce rozległą i intratną praktykę. Zawistni lekarze stambulscy postarali się o to, że Halpirowej zakazano praktyki z wyjątkiem okulistycznej, ale szczęśliwe wyleczenie szatnego sułtańskiego zjednało jej dyplom, uprawniający do praktyki we wszystkich gałęziach. Po ciężkiej chorobie, opuszczona przez męża i pozbawiona środków, wybiera się Halpirowa do Polski, zatrzymywana po drodze bądźto koniecznością zarobku, bądź różnemi przeszkodami i niebezpieczeństwami. Przebywszy konno, w męzkiem przebraniu, Bałkan, dostaje się do Sofii (1737), gdzie leczy własnego męża Halpira i nabywa dalszej wiedzy od towarzyszącego mężowi lekarza maltańskiego. Z Sofii wypędzają ją wypadki polityczne; w przebraniu janczara tureckiego ucieka do Widynia, gdzie leczy ks. Józefa Rakoczego, ale oczerniona przez niego, ledwo unika śmierci; schwytana w Ruszczuku, ponownie ocala się szczęśliwem wyleczeniem syna podskarbiego koronnego. Nareszcie przybywa do Polski, tu wychodzi powtórnie za mąż za Pilsztyna i zostaje lekarką Radziwiłłów w Nieświeżu. W dalszem ruchliwem życiu przebywała Pilsztynowa w Petersburgu, Wiedniu, gdzie zyskała sobie także rozgłos i sławę, Wrocławiu, Lwowie, Ruszczuku, Kamieńcu, skąd jednak, ograbiona z majątku przez generała kamienieckiej załogi, przeniosła się na stałe znów do Stambułu. Pamiętnik kończy się z rokiem 1760. Rozprawę p. Glatmana, dodając kilka szczegółów, poczerpniętych z dzieła p. Melanii Lipińskiej: »Histoire de femmes medicins«, streszcza Dr Wiktor Reis w październikowym zeszycie »Postępu okulistycznego«.

— Dzienniki donoszą, że znakomitemu naszemu rodakowi prof. Rothertowi z Odessy, zagraża dymisya za wygłoszenie mowy na wiecu studentów w sprawie zaniechania bojkotu przeciw profesorom tamtejszego Wydziału lekarskiego.

— Na uniwersytecie w Odesie uzyskali stopień lekarza następujący polacy: Z. Borkowski, L. Danecki, Z. Kobyliński, F. Kruze, I. Kukliński, O. Lewin, W. Marcinek, S. Marcińczyk, E. Marczewski, W. Olbrycht, J. Poraziński, W. Rykowski, E. Russo, T. Skabowski, R. Szpikowski, H. Stabholtz *(cum eximia laude)*, A. Suralski, W. Wasicki, W. Wróblewski, T. Zaborowski.

— Sprawę potrzeby lekarzy polskich w Brazylii porusza »Kuryer lwowski« (603) ze względu na przewidywane zwiększenie się polskiego ruchu emigracyjnego do tego kraju. Przypominając, iż według wiadomości, zebranych za staraniem ś. p. prof. Jordana, lekarze obcy uzyskać mogą prawo praktyki w Brazylii z wielką trudnością, sądzi »Kuryer«, iż obecnie, gdy rządowi brazylijskiemu zależy na ściągnięciu polskich wychodźców do Parany, możnaby uzyskać przy prowadzonych w tym przedmiocie układach to ustępstwo, by lekarzom naszym wolno było w Paranie praktykować bez nostryfikacyi dyplomów i bez utrudnień. A wśród polskich wychodźców są lekarze polscy tem potrzebniejsi, że prócz zadań zawodowych mogą oni spełnić także ważne zadania narodowo-społeczne.

— XXV. Zjazd niemieckich internistów odbędzie się 6—9. IV. 1908 w Wiedniu. Tematy rozpraw są następujące: 1) Stosunek niewieścich narządów płciowych do chorób wewnętrznych (sprawozd. Rosthorn i Lenhartz). 2) Nowsze sposoby badania czynności jelit (A. Schmidt). — Niemiecki Zjazd psychiatryczny odbędzie się 24. i 25. IV. 1908 w Berlinie, X. Zjazd dermatologów niemieckich na Zielone Święta we Frankfurcie n. M.

— Jeden z trzech największych tygodników lekarskich niemieckich, »Berliner klin. Wochenschrift«, zmienił od Nowego Roku 1908 redakcyę, którą w miejsce prof. Ewalda objął Dr H. Kohn, prosektor szpitala izraelickiego w Berlinie.

— Wszechnice w Monachium, Würzburgu i Erlangen zabezpieczyły zbiorowo i obowiązkowo cały swój personal i wszystkich słuchaczy od nieszczęśliwych wypadków w bawarskim »Versicherungsbank«. Wszechnice te płacą po 50 fen. rocznie od każdego ubezpieczonego i 150 Mk. ryczałtu; na przypadek śmierci wypłaca Bank 5,000 Mk., przy trwałej niezdolności do pracy 25,000 Mk., a przy przejściowej 5 Mk. dziennie. (W Austryi ubezpieczony jest obowiązkowo od wypadków personal pomocniczy, t. j. asystenci i służba zakładów lekarskich i przyrodniczych; kilka wszechnic ułatwia tanie (dobrowolne) ubezpieczanie się słuchaczom, co ma być zaprowadzone także w Krakowie).

Mianowani: Prof. Jakobj z Getyngi profesorem farmakologii w Tübingen; Doc. Berezowski profesorem patologii zewn. w Moskwie.

Zmarli: Dermatolog Prof. Lassar w Berlinie; Dr Shrady, założyciel »Medical Record«, jeden z najznakomitszych »dziennikarzy« lekarskich, w 70 r. ż. w N. Yorku;

Dr Tadeusz Poraj-Dobrzelewski, b. inspektor lekarski gub. piotrkowskiej, w 75 r. ż. w Piotrkowie; Dr Bronisław Gimbut w 48 r. ż. w Łomży; Dr Lucyan Mozdzewski w 68 r. ż. w Skalbmierzu.

Redakcya otrzymała: Publications of Cornell University Medical College. Studies from the Department of Neurology. Vol. II. New York 1907. — Księga pamiątkowa sekcyi filozoficznej X. Zjazdu lekarzy i przyr. polsk. Warszawa 1907. — Jaworski J.: Walka z rakiem. »Kron. lek.« 1907. — Biernacki E.: 1) Wpływ pokarmu przetłuszczonego na czynności narządu trawienia i spalania ustrojowe. »Tyg. lek.« 1907. 2) Poszukiwania nad wpływem pokarmu przetłuszczonego na narząd trawienia oraz przemianę materyi. »Gaz. lek.« 1907. 3) To samo po niemiecku »Ztrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw.« 1907. — Krokiewicz: 1) Myxoedema fruste. »Przegląd lek.« 1907. 2) Bardzo czuły odczynnik na barwiki żółciowe. »Tyg. lek.« i »Münch. m. Wchs.« 1907. 3) Rzut oka na przypadki duru brzusznego w ubiegłem dziesięcioleciu. »Przegl. lek.« 1907. — Krokiewicz i Engländer: Spostrzeżenia nad działaniem surowicy Marmorka w gruźlicy płuc. »Przegl. lek.« i »Wien. klin. Wchs.« 1906. — Herman: Z kroniki Towarz. lek. lwowskiego. Lwów 1907. — Chłapowski: Dwie nowe metody, mające życie przedłużać. »Now. lek.« 1907.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 15. stycznia o godz. 6 wieczorem w Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Sprawozdanie Zarządu za r. 1907.

Po posiedzeniu **wieczerza koleżeńska**, na którą należy się zgłaszać wcześnie.